ESTIMATES

Health Canada

Performance Report

For the period ending
March 31, 2004

Canada

The Estimates Documents

Each year, the government prepares Estimates in support of its request to Parliament for authority to spend public monies. This request is formalized through the tabling of appropriation bills in Parliament.

The Estimates of the Government of Canada are structured in several parts. Beginning with an overview of total government spending in Part I, the documents become increasingly more specific. Part II outlines spending according to departments, agencies and programs and contains the proposed wording of the conditions governing spending which Parliament will be asked to approve.

The *Report on Plans and Priorities* provides additional detail on each department and its programs primarily in terms of more strategically oriented planning and results information with a focus on outcomes.

The *Departmental Performance Report* provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the spring *Report on Plans and Priorities*.

The Estimates, along with the Minister of Finance's Budget, reflect the government's annual budget planning and resource allocation priorities. In combination with the subsequent reporting of financial results in the Public Accounts and of accomplishments achieved in Departmental Performance Reports, this material helps Parliament hold the government to account for the allocation and management of funds.

©Minister of Public Works and Government Services Canada — 2004

This document is available in multiple formats upon request.

This document is available on the TBS Web site at the following address: www.tbs-sct.gc.ca.

Available in Canada through your local bookseller or by mail from
Canadian Government Publishing — PWGSC
Ottawa, Canada K1A 0S9

Catalogue No. BT31-4/42-2004
ISBN 0-660-62640-3

105-01187/

Foreword

In the spring of 2000, the President of the Treasury Board tabled in Parliament the document "Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada". This document sets a clear agenda for improving and modernising management practices in federal departments and agencies.

Four key management commitments form the basis for this vision of how the Government will deliver their services and benefits to Canadians. In this vision, departments and agencies recognise that they exist to serve Canadians and that a "citizen focus" shapes all activities, programs and services. This vision commits the Government of Canada to manage its business by the highest public service values. Responsible spending means spending wisely on the things that matter to Canadians. And finally, this vision sets a clear focus on results – the impact and effects of programs.

Departmental performance reports play a key role in the cycle of planning, monitoring, evaluating, and reporting results to Parliament and citizens on behalf of ministers. Departments and agencies are encouraged to prepare their reports following principles for effective performance reporting (provided in the *Guide to Preparing the 2004 Departmental Performance Report*: http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/03-04/guidance/table-of-contents_e.asp). Based on these principles, an effective report provides a coherent and balanced picture of performance that is brief and to the point. It focuses on outcomes - benefits to Canadians and Canadian society - and describes the contribution the organisation has made toward those outcomes. It sets the department's performance in context, associates performance with earlier commitments, explains any changes, and discusses risks and challenges faced by the organisation in delivering on these commitments. Achievements realised in partnership with other governmental and non-governmental organisations are also discussed. Supporting the need for responsible spending, it links resources to results. Finally, the report is credible because it substantiates the performance information with appropriate methodologies and relevant data.

In performance reports, departments and agencies strive to respond to the ongoing and evolving information needs of parliamentarians and Canadians. The input of parliamentarians and other readers can do much to improve these reports over time. The reader is encouraged to assess the performance reports of organisations according to the established principles, and provide comments to departments and agencies to help them improve in their next planning and reporting cycle.

This report is accessible from the Treasury Board of Canada Secretariat Internet site:
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dpre.asp

Comments or questions can be directed to:
Results-based Management Directorate
Treasury Board of Canada Secretariat
L'Esplanade Laurier
Ottawa, Ontario K1A OR5
OR at: rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Health Canada

Departmental Performance Report

for the period ending March 31, 2004

Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Table of Contents

Section I: Messages 9
- Minister's Message 9
- Management Representation Statement 11

Section II: Summary of Departmental Performance and Context 13
- Summary of Departmental Performance 13
  - Departmental Priorities 13
- Context 15
  - About Health Canada 15
    - Our Vision 17
    - Mission Statement 17
    - Objective 17
    - Roles 17
    - In Concert with Others 18
  - Health Canada Is One of Many Influences on the Health of Canadians and the Health System 18
  - Organizing for Results 18
    - Health Canada at Work across the Country 20
    - Health Canada Organization 21
  - At Work with Portfolio Partners 22
  - Improving Performance Measurement 22
  - Reliability of Performance Data 23

Section III: Performance Discussion by Strategic Outcome 25
- Enhanced Access to Quality Health Services for Canadians 26
- A Healthier Population by Promoting Health and Preventing Illness 35
- Safe Health Products and Food for Canadians 52
- Healthier Environments and Safer Products for Canadians 65
- Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians 83
- Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services 91
- Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making 110
- Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs 119

Section IV: Government Themes and Management Issues 133
- Modern Comptrollership 133
- Sustainable Development 134
- Service Improvement Initiative 136
- Foundations 137
- Procurement and Contracting 139

Section V: Financial Performance 141
- Financial Performance Overview 141
- Financial Table 1: Summary of Voted Appropriations Authorities for 2003-2004 142

Financial Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending 144
Financial Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending 145
Financial Table 4: Crosswalk between Strategic Outcomes and Business Lines 146
Financial Table 5: Revenue 147
Financial Table 6: Statutory Payments 148
Financial Tables 7.1 and 7.2: Transfer Payments 149
Financial Table 7.1: Summary of Transfer Payments by Program/Business Line 150
Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line 151
Financial Table 8: Resource Requirements by Organization and Business Line 156
Contingent Liabilities 157

Section VI: Other Information 159
Departmental Contacts 160
References 161

Section VII: Executive Summary: Response to the Public Accounts Committee 2001 Report on the Auditor General's 2000 Report 163
First Nations Health: Follow-Up 163
Vacancies in Regulatory and Surveillance Programs 167

Index 169

The following electronic Annexes are available on the Health Canada website at:

http://hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm#pr.

Annex A: Regulatory Initiatives and Statutes and Regulations

Annex B: Response to the Public Accounts Committee - First Nations Health: Follow-up

Annex C: External Charging

Annex D: List of Evaluations

Annex E: Details on Transfer Payments

Section I:

Messages

Minister's Message

I am pleased to present to Parliament and the people of Canada, the 2003-2004 Departmental Performance Report for Health Canada. It was a year in which Health Canada was at the forefront of the Government's efforts to deal with unprecedented public health challenges.

We learned important lessons from our experience with Severe Acute Respiratory Syndrome, Bovine Spongiform Encephalopathy and the spread of West Nile virus.

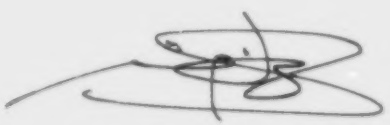
The Department continued to work to promote good health and prevent chronic diseases such as cancer, diabetes and cardiovascular diseases, and especially the factors that increase the risks of having them. We were reminded that a strong health care system must be underpinned by an equally effective public health system. Health Canada was not only instrumental in addressing these health challenges when they arose, it was also quick to support the government in turning lessons learned into important changes. These changes will improve coordination and communications on key public health issues supported by recent investments in public health and other fundamental improvements to Canada's public health system.

The Department continued to work with the provinces and territories to enhance our public health care system. We launched the new Health Council of Canada and the new Canadian Patient Safety Institute. The Department's work was also demonstrated in efforts to help translate commitments – such as improvements to the First Nations and Inuit health system – into results.

The Department also has many other equally vital day-to-day responsibilities that contribute to maintaining and improving the health of Canadians. In laboratories and other testing facilities, Health Canada staff assess the health

and safety impacts of many types of products and health issues in our environment. As this report shows, the Department is implementing strategies that continue to protect the health and safety of Canadians, while improving the efficiency and effectiveness of the processes used to do so.

The 2003-2004 Departmental Performance Report shows Health Canada's capacity both to rise to new challenges, and to continue to forge ahead with vital work, protecting public health and sustaining our cherished public health care system. Taken as a whole, it demonstrates that the Department's talented and dedicated team continue to make important progress that will ensure that Canadians can count on having a health care system that is one of the best in the world.

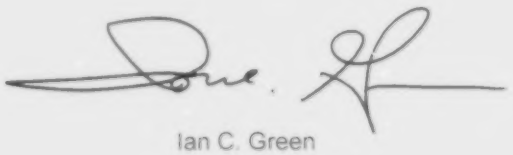


The Honourable Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Management Representation Statement

I submit, for tabling in Parliament, the 2003-2004 Departmental Performance Report (DPR) for Health Canada.

This Report has been prepared based on the reporting principles and other requirements in the *2003-2004 Departmental Performance Reports Preparation Guide* and represents, to the best of my knowledge, a comprehensive, balanced, and transparent picture of the organization's performance for fiscal year 2003-2004.



Ian C. Green
Deputy Minister
October 14, 2004

Section II:

Summary of Departmental Performance and Context

Summary of Departmental Performance

Departmental Priorities

In Health Canada's medium-range planning for the 2003-2004 through 2005-2006 fiscal years, we identified the five departmental priorities that are summarized below. They are bringing particular focus to our actions on key health issues and to our contribution to meeting government-wide commitments. These departmental priorities also are central to Health Canada strategies to reach our longer-term strategic outcomes as described in more detail in Section III of this Report. They are supported by our work to ensure that we have a strong science base across the Department and that our decisions are based on the best evidence possible.

Health Care System Renewal

Consistent with the expectations set out in the Report on Plans and Priorities, Health Canada continued to work in collaboration with the provinces and territories to implement the initiatives set out in the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. The Accord set out an action plan that will ensure Canadians have timely access to quality health care on the basis of their need and not their ability to pay. Key deliverables from the Accord that have already been agreed to include the establishment of the Health Council of Canada and the Canadian Patient Safety Institute. Work is ongoing on the other key priorities identified in the Accord such as working with provinces and territories to develop a comprehensive health technology strategy and to improve national health human resources planning and coordination.

Balancing the Health Agenda

When we established our medium-term plans, we recognized the need to promote a health agenda that balanced Canadians' need for a responsive health care system and the importance of "upstream" investments that address disease prevention, health protection and promotion in order to improve the long-term health of Canadians. The need for this balance became particularly clear when our Department worked in collaboration with affected provinces and front line health professionals to address the emergence of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) in Canada as well as the spread of West Nile virus (WNv).

To deal with SARS, we put specialized staff and equipment in place at ports of entry, in our laboratories and at other sites to carry out specific tasks. Testing of samples and research

were important Health Canada contributions, as was monitoring and surveillance to track these health issues. We also drew on our extensive international contacts to work with partners in other countries.

Our experiences with SARS, BSE and WNv, as well as guidance from subsequent reports led to changes in the Government of Canada's approach to public health and to our own strategies. In particular, the federal government expanded its public health capacity and announced improvements to the public health system, such as a commitment to create a Public Health Agency of Canada and to appoint a Chief Public Health Officer. Those policy and operational directions reflect a broad perspective on public health, which goes beyond communicable diseases to include healthy living and efforts to reduce tobacco use – all supported by strong science and evidence-based decision-making.

First Nations and Inuit Health

This priority reflected the 2002 Speech from the Throne commitment to address gaps in health status between Aboriginal people and other Canadians, and to work with partners to improve health care delivery in First Nations and Inuit communities. It was supported by a commitment of $1.3 billion over five years in addition to existing spending in this area. This funding helped us to move ahead in several areas including: addressing growing demand from First Nations and Inuit for Non-Insured Health Benefits, implementing an immunization strategy for First Nations children on-reserve, and implementing a Nursing Strategy. It also helped us to accelerate our work on health integration – better coordinating and linking the health services available in First Nations and Inuit communities with those provided to nearby communities and bringing about better-coordinated health and social services. We built on our progress in collaboration with First Nations and Inuit community partners in improving the quality of primary care, prevention and health promotion services.

Safety and the Management of Risks

Health Canada has an ongoing responsibility to enhance the safety of Canadians and manage risks to their health. While we continued to meet our legislated responsibilities related to the safety of many consumer, food, health-related, veterinary and pest control products, as well as in specialized areas such as nuclear safety, we also moved forward on regulatory improvements.

With $190 million over five years from the 2003 Budget for our Therapeutics Access Strategy, we began work that is already improving the timeliness, efficiency and effectiveness of our drug regulatory processes. Under the Strategy, we began to apply smart regulation principles to our regulatory responsibilities and expanded support for scientific research and related science activities. We drafted regulations and processes that will enable the new *Pest Control Products Act* to be implemented. We also began to implement the new Natural Health Products Regulations that set clear and consistent standards.

We had identified environmental health as an important aspect under this priority and followed through with achievements such as exceeding our commitment under the *Canadian Environmental Protection Act* by categorizing more than 2,000 potentially harmful substances. We also met our commitment to improve our emergency response capacity to deal with health impacts of major disasters. In these and other initiatives under this priority, we increasingly drew on partnerships to achieve results. Those results included new formal agreements and specific forms of collaboration with regulatory authorities in other countries, emergency preparedness cooperation with the governments of the provinces, territories and other countries, and work with other federal departments and agencies that share

responsibility in areas such as environmental health, food safety and pest control products.

Accountability to Canadians

Health Canada recognized the importance of the highest possible accountability standards in many ways that built on our ongoing actions to improve stewardship of public funds. We worked with the provinces and territories to ensure residents in all jurisdictions have comparable information on the performance of the health care system. We have improved our ability to report on the impacts of our public health programs, better enabling us to allocate resources effectively. To maximize program efficiencies we also developed a comprehensive evaluation plan for our First Nations and Inuit programs that provide grants and contributions to address health priorities.

We continued to improve the accountability and transparency of departmental contracting and our management of all grants, contributions and other transfer payments.

Recognizing the importance of staff in achieving accountability goals, we continued to implement the 2002 Multi-Year Action Plan on Values and Ethics, whose goal is promotion of an ethically sound workplace culture. This complements our new Workplace Health and Human Resources Modernization Initiative which integrates our efforts on workplace health and organizational culture, including the extent to which our work force represents the Canadians we serve and our need to recruit and retain highly-skilled staff.

Integrated Risk Management

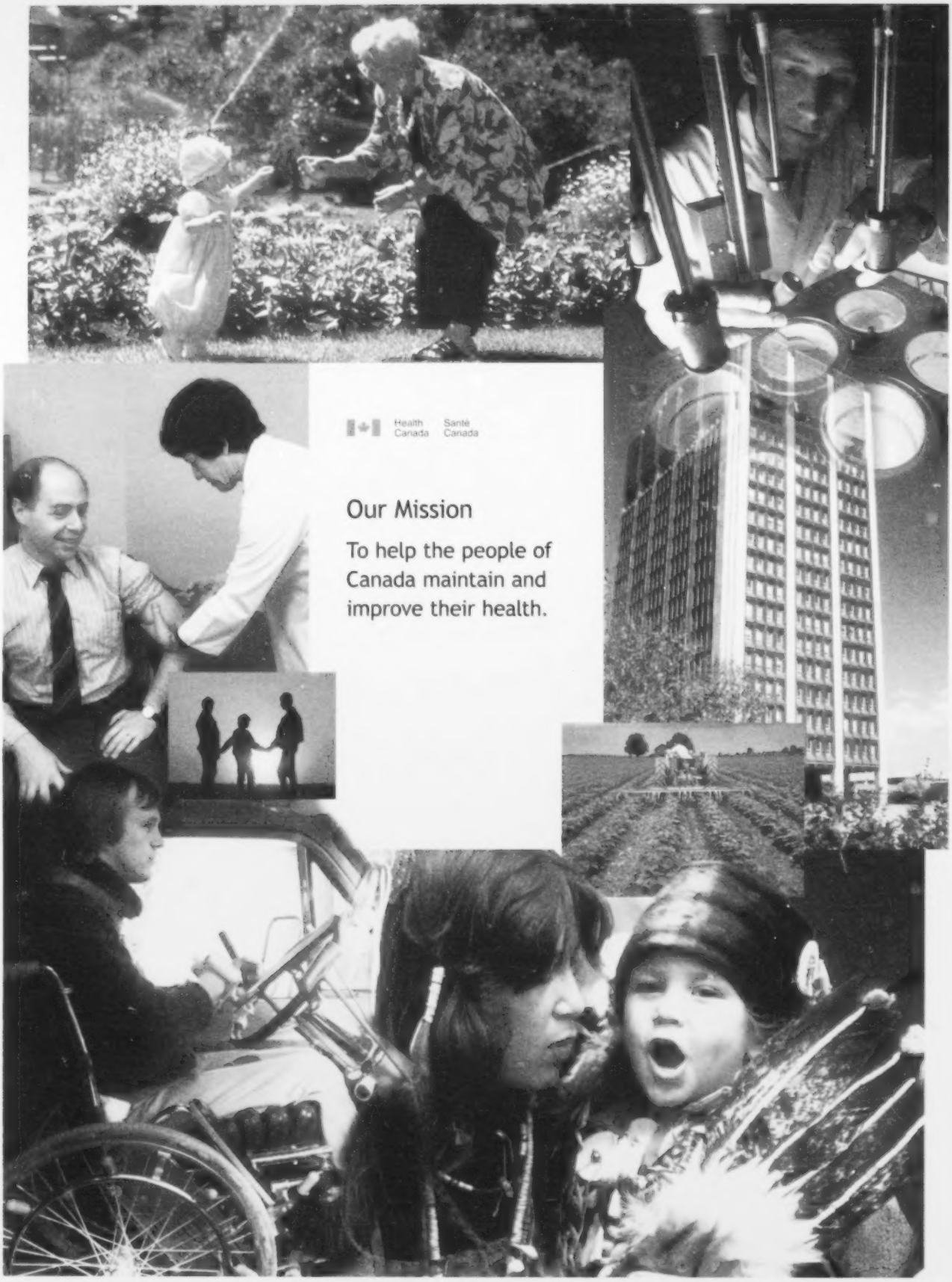
The Department, in support of Government-wide initiatives, such as *Results for Canadians*, is implementing an Integrated Risk Management Framework (IRMF). This is a long-term undertaking towards a more integrated organization-wide approach to managing corporate risks. In support of implementing the IRMF and further to our commitment to incorporate key risk information in the 2004-2005 RPP, an *Overview of Health Canada's Strategy to Implement an Integrated Risk Management Framework* was developed and included via a web link: http://www/hc-sc/gc/ca/english/care/estimates/modern_comptrollership.htm. The Overview highlights the management challenges identified and the strategies in place to manage them.

Context

About Health Canada

Health matters deeply to Canadians – to individuals, families and communities – as does the health system, which has become a defining feature of this country. The importance of health is grounded in our knowledge of, and experience with, the tremendous benefits of good health to individual well-being and to the well-being of our society and economy. The goal of reducing health inequalities reflects a shared sense of commitment to the health of all Canadians.

Parliament and the Government of Canada recognize the high priority that Canadians place on health, and both have given Health Canada the mandate to address the health agenda. The *Department of Health Act* formally established the Department's mandate, while the Minister of Health is also responsible for the direct administration of another 18 laws, which include the *Canada Health Act*, *the Food and Drugs Act*, the *Pest Control Products Act*, and the *Controlled Drugs and Substances Act*. In addition to these legislated responsibilities, the Department has significant science and research, policy development, program and service delivery roles that benefit Canadians.



Health Canada Santé Canada

Our Mission

To help the people of Canada maintain and improve their health.

Our Vision

Health Canada is committed to improving the lives of all of Canada's people and to making this country's population among the healthiest in the world as measured by longevity, lifestyle and effective use of the public health care system.

Mission Statement

To help the people of Canada maintain and improve their health.

Objective

By working with others in a manner that fosters the trust of Canadians, Health Canada strives to:

- prevent and reduce risks to individual health and the overall environment;
- promote healthier lifestyles;
- ensure high quality health services that are efficient and accessible;
- integrate renewal of the health care system with longer-term plans in the areas of prevention, health promotion and protection;
- reduce health inequalities in Canadian society; and
- provide health information to help Canadians make informed decisions.

Roles

Health Canada plays five core roles in order to realize our vision. In playing these roles identified below, our Department draws on our strengths as a science-based department. We generate knowledge through the research, analysis and evaluations that we conduct, partner in and support. We also draw on the knowledge that is being generated around the world to help us and others make informed, effective choices across all five roles.

Leader/Partner – through the administration of the *Canada Health Act*, which embodies the key values and principles of Medicare.

Funder – through policy support for the federal government's Canada Health and Social Transfer, replaced on April 1, 2004 by the new Canada Health Transfer. Health Canada also transfers funds to First Nations and Inuit organizations to help them deliver community health services and provides grants and contributions to various organizations which reinforce the Department's health objectives.

Guardian/Regulator – through a stewardship role that involves both protecting Canadians and facilitating the provision of products vital to health and well-being. Our Department regulates and approves the use of thousands of products, including pesticides, toxic substances, pharmaceuticals, biologics, medical devices, natural health products, consumer goods and foods. We deliver a range of programs and services in environmental health and protection, and have responsibilities in the areas of substance abuse, tobacco policy, workplace health and the safe use of consumer products. As well, Health Canada monitors and tracks diseases and takes action where required.

Service Provider – through the provision of supplementary health benefits to approximately 749,000 eligible First Nations and Inuit people to cover pharmaceuticals, dental services, vision services, medical transportation, medical supplies and equipment and provincial health premiums. We provide health programs and services to First Nations and Inuit communities, including prevention, promotion, and primary care, as well as addiction services.

Information Provider – through performing high-quality science and research, we support policy development, regulate increasingly sophisticated products and provide the services, information and management essential to affordable and world-class health care for Canadians. Through research and surveillance, we provide information that Canadians can use to maintain and improve their health.

In Concert with Others

Health Canada works with the people of Canada through consultation and public involvement. This includes working with our partners: provinces and territories, First Nations and Inuit communities, professional associations, consumer groups, universities, research institutes, international organizations, volunteers, and other federal departments and agencies.

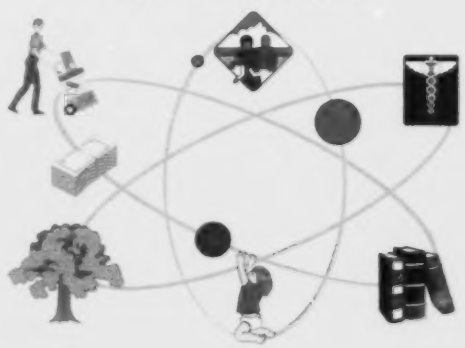
Health Canada Is One of Many Influences on the Health of Canadians and the Health System

Health Canada is committed to reporting on its activities in ways that show clear benefits for Canadians from the use of public funds. Meeting that commitment and demonstrating tangible results in terms of clear outcomes is deeply influenced by two overriding facts about health in Canada:

The first is that the health status of individual Canadians, groups in society and Canadians in general is the result of many factors, most of which are beyond the direct, measurable reach of one department or one government.

A web of social, economic, genetic, environmental and other determinants combine to shape the health of individuals and communities (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/ab-nwt/pdf/resources/Determinants_colour_e.pdf). An effective health system, including the work of Health Canada, is valuable in helping to address the health needs of citizens, yet those "upstream" determinants have such a profound influence on the options available to any health system that clear links between specific departmental action and large-scale health outcomes are challenging to indicate.

Determinants of Health



The second major factor is that Canada's formal health system encompasses the contributions of many partners at all levels of government and in the public, voluntary and private sectors, making effective partnership a constant element in health strategies.

All levels of government in Canada have responsibilities that affect the health of Canadians. Health services are provided by many individuals, government agencies, non-profit organizations and businesses who represent the front line of direct health services to Canadians. The practical impact is that Health Canada works to achieve its results through many partnerships and by influencing and informing the decisions of others.

Organizing for Results

Organization and Program Delivery

The Department's organization chart indicates its structure. What a chart cannot convey is the primary focus of employees in all regions on achieving results through partnerships and collaboration with stakeholders.

Health Canada at Work Across the Country

Health Canada's delivery points for national programs and contact points for provincial and territorial partners are spread across the country. In each region, the Regional Director General is the senior representative for Health Canada, responsible for ensuring departmental coherence. Regional staff work with multiple

partners to deliver departmental programs that are tailored to local conditions and raise awareness of departmental initiatives. We consult with the public at large on a broad array of issues and also with businesses that operate in regulated fields, consistent with the Government commitment to smart regulation and transparency. Regional staff also provide information on regional trends and issues for the development of national policies and programs, and respond to health issues that are regionally specific.

The **Service Provider and Funder** roles are particularly important in the regions. With their respective partners, regions deliver Health Canada's national community-based programs, as well as extensive health services to First Nations and Inuit. In doing so, the program delivery function serves a larger objective, that of community capacity building.

Regional staff are engaged in the roles of **Information Provider and Leader/Partner** through research and policy development including environmental scans, intelligence gathering and federal/provincial/territorial relations through coordinated and regular contacts with provincial and territorial health officials. Regional labs serve as strong research nodes within the organization. Regional offices also contribute to many research projects with community partners and academics.

In addition, through extensive community partnerships, regional offices are involved in **public education and consultation**, on issues as widespread as tobacco, diabetes and AIDS prevention, as well as parental education to support healthy child development and falls prevention information for senior citizens. They are also responsible for conducting regional consultations on regulatory issues that affect the health of Canadians.

As **Guardians and Regulators**, regional staff monitor and enforce federal health legislation and regulations and monitor the provincial/territorial health system to ensure that the principles of the *Canada Health Act* are respected. They monitor and inspect biologics, drugs, medical devices, pesticides and natural health products and manufacturers, and they enforce consumer safety regulations for chemicals, tobacco and consumer products. They work with other federal departments to maintain and improve the health of their workers. They complete drug analyses for law enforcement.

The face of Health Canada can be found across the country, striving to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada's offices are located in the primary areas where the Department's programs and services are delivered. There are 487 health facilities and 57 treatment centres for First Nations and Inuit individuals across the country. The management of many of these has been handed over to First Nations and Inuit communities.

Health Canada also has nine laboratories* designed for providing chemical, physical and microbial analysis services. Those services support inspection, investigation and surveillance activities.

---

* The Laboratory for Foodborne Zoonoses in Guelph, Ontario has two other units, one in Lethbridge, Alberta, and the other in Saint-Hyacinthe, Quebec.

Health Canada at Work Across the Country

Health Canada at Work Across the Country

Note: This map indicates only where Health Canada has significant presence.
* indicates location of Regional Directors General

Organizational Chart

At Work with Portfolio Partners

While this Report only addresses the work of Health Canada, the Department is part of a portfolio of organizations that report to Parliament through the Minister of Health. In particular, the Department works collaboratively with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). This relationship helps CIHR to ensure that the health research it funds takes into account broader health system priorities and rapidly emerging issues.

As part of Health Canada's responsibilities under the Workplace Hazardous Materials Information System, the Department also interacts with the Hazardous Materials Information Review Commission (HMIRC). That Commission operates under the *Hazardous Materials Information Review Act* to decide on applications from manufacturers and suppliers of potentially hazardous products to safeguard specific trade secrets from otherwise mandatory disclosure, while also protecting the health of workers who may come in contact with those products.

Given the work by Health Canada and provincial and territorial government partners to address the impact of rising drug costs on overall health expenditures, collaboration with the Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB) has been useful. PMPRB is an independent quasi-judicial body, created under the *Patent Act* to protect consumer interests in light of increased patent protection for pharmaceuticals. A key element in its mandate is to ensure that the prices charged by manufacturers of patented medicines in Canada are not excessive.

Improving Performance Measurement

Health Canada is committed to creating and using the kind of performance management system that enables us to focus our resources so that they have the greatest possible benefits in terms of improved health for Canadians. Given the importance that Canadians attach to effective government actions in support of health, our performance measurement work is an important element of Government-wide initiatives such as *Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada*.

At the beginning of 2003-2004, we identified up to six performance indicators for each strategic outcome. Those performance indicators were seen as the ones that would best focus attention on and monitor important outcomes. During the fiscal year, we identified data that would be appropriate to clarify the performance indicators. To the extent possible, and drawing on the advice of the Treasury Board Secretariat, we have integrated the performance indicators into this Report.

With the December 12, 2003 announcement of new initiatives to strengthen comptrollership across the federal government (http://www.tbs-sct.gc.ca/spsm-rgsp/spsm-rgsp3_e.asp), we revised our performance management efforts accordingly. Among the new initiatives was a stronger oversight function for the Treasury Board Secretariat, including a new "enterprise-wide" expenditure management information system (EMIS), with a new Program Activity Architecture (PAA) for each department and agency at its core. Each PAA is expected to support the Management Accountability Framework for the department or agency by linking programs to results and financial and non-financial information (http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/tools_outils/paa-deck_e.asp).

This new direction has meant important changes in our approach to the design of our performance management system. While our approach was initially oriented to managing based on Department-level outcomes, the PAA initiative has both "bottom-up" and "top-down" elements. After the end of the fiscal year, we developed a PAA for our Department. It was approved by TBS and we are developing appropriate indicators to define and measure

our results for future years. This new approach is expected to be reported starting in 2005-2006.

Reliability of Performance Data

Many data sources were used in the preparation of this Report. The charts in Section III were produced using databases and population health surveys from Statistics Canada and internal data sources.

Statistics Canada - Vital Statistics (Deaths database)

The vital statistics death registration system covers all deaths occurring in Canada. The central Vital Statistics Registry in each province and territory provides data from death registration forms to Statistics Canada. Deaths are classified according to the International Classification of Diseases, and are tabulated by age and sex, and by province and sex. Due to legal reporting requirements prior to burial or other disposition of a body, registration of deaths is considered to be very comprehensive. As such, the Deaths database is a very reliable data source.

Statistics Canada - Population Surveys

Population surveys are frequently used by Health Canada in measuring the health of Canadians. Health Canada either funds or subscribes to many population health surveys conducted by Statistics Canada. Surveys which were used for indicators contained within this Report include the National Population Health Survey, Canadian Community Health Survey, and Canadian Tobacco Use Monitoring Survey.

Population health surveys are used to estimate certain key performance indicators. All data which have come from a population health survey conducted by Statistics Canada and are used in this Report have variability which falls within Statistics Canada's guidelines for reporting of data.

A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada

Data on the First Nations and Inuit population come from the above noted report, published by Health Canada in 2002. This report presents a description of the health status and conditions of First Nations people on reserves in Canada. Limitations on the data used in preparing the report are described in greater detail at: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/sppa/hia/publications/statistical_profile.htm.

Internal Data Sources

Data from several internal sources were used in preparing this Report such as the Infectious Diseases database and various evaluations. Reliability is constrained by issues such as differences in definitions and gaps in some data.

Section III:

Performance Discussion by Strategic Outcome

Strategic Outcome:

Enhanced Access to Quality Health Services for Canadians

Canada's Performance -
Theme and Horizontal Area:
Health - A strong health care system

Objective

To provide a leadership role in collaboration with provinces/territories, health professionals, administrators and other key stakeholders, focussed on developing a shared vision for Canada's health system and identifying key priorities and implementation approaches to achieve needed changes that will improve the timeliness of access, and the quality and integration of health services (including primary, acute, home, community and long-term care) to better meet the health needs of Canadians wherever they live or whatever their financial circumstances.

Financial Information

Millions of dollars	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Net expenditures	308.6	329.9	324.4*

* This represents 7.9 percent of the Department's actual spending.

Variance between planned spending versus authorities is mainly due to:

- funding related to initiatives set out in the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal
- funding related to the payment of grants to the three northern territories
- reduction related to the Government's $1 billion reallocation exercise
- a change in the planned funding profile of the Assisted Human Reproduction (AHR) Agency

The actual spending is $5.5 million lower than total authorities mainly due to:

- a change in the spending profile of some new activities
- year end adjustments of Department of Justice expenditures
- other operating lapses in various programs

Priorities

- Work in partnership with the provinces and territories to improve access to quality health care services for all Canadians and to ensure the system's future sustainability.
- Uphold the *Canada Health Act* and work with the provinces and territories to ensure that all governments fulfill their commitment to its principles.
- Improve the knowledge base and its application to health care system issues.
- Work in partnership with the provinces and territories to implement a national system of governance for the ethical conduct of research involving humans.

Executive Summary

Health Canada plays an active role in the renewal of Canada's health care system. We are responsible for Government of Canada initiatives and investments that promote structural change in the health care system and enhance access to quality health care services for all Canadians. We carry out this role through our activities that help to fulfill: Government of Canada commitments under the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal; our responsibility to monitor the application of the *Canada Health Act*; our efforts to support the development of health system practices; and policies, regulations and legislation that meet current needs and reflect leading-edge knowledge.

During 2003-2004, we continued to meet our ongoing responsibilities under this Strategic Outcome. As we projected in our plans for the year, we worked with our counterparts in provincial and territorial governments and health care stakeholders to implement the Accord. The Accord set out an action plan that will ensure Canadians have timely access to quality health care on the basis of their need and not their ability to pay. In support of this action plan, the 2003 Budget committed $34.8 billion in additional investments over the next five years. The March 23, 2004 Budget contained funding of $2 billion for the Canada Health and Social Transfer (CHST) health supplement confirmed at the January 30, 2004 First Ministers' Meeting, bringing to $36.8 billion the funding in support of the Accord.

In addition, we continued our ongoing efforts to improve the knowledge base necessary for developing effective policies, whether through our own policy research and development or by benefiting from our international contacts. We also collaborated with other government departments on issues of shared interest, particularly to make progress on human resource issues in the health care sector.

Performance Summary by Priority

Priority 1: Work in partnership with the provinces and territories to improve access to quality health care services for all Canadians and to ensure the system's future sustainability.

Health Canada continues its work in supporting the implementation of the initiatives set out in the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal (http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/accord.html). For Canadians, the Accord will mean better access to front line providers, modernized coverage for home care and catastrophic drug expenditures, enhanced access to publicly funded diagnostic and medical equipment, and better accountability from governments on how health care is delivered and how reforms are implemented.

The Health Council of Canada (http://www.hcc-ccs.ca) is an independent arm's-length body with a mandate to monitor and make annual public reports on the implementation of the Accord. The Health Council is expected to ensure accountability to Canadians and enhance the transparency of our health care system. It is widely supported by the public and health care stakeholders.

Enhanced accountability and improved health system performance reporting assure Canadians that reforms are being implemented with the desired effects on the system's performance. Building on work done for the 2002 comparable jurisdictional reports (which followed from the September 2000 First Ministers' Agreement), all jurisdictions will release comparable reports in the fall of 2004, so that residents will have access to comparable information on the performance of the health care system.

The Canadian Patient Safety Institute (CPSI) (http://www.cpsi-icsp.ca) is a non-profit corporation, arm's-length from government, that will promote best practices, raise awareness and advise on effective strategies to improve patient safety throughout the Canadian health system. It is expected that the CPSI will use part of its funding to leverage investments from other groups and thereby extend the impact of its activities.

New, innovative, but also more costly health technologies create both pressures on the health system and health care budgets, but may offer new beneficial services for Canadians. The Health Technology Strategy is a collaborative F/P/T initiative designed to extend academic assessments of health technologies into technology policy analysis needed to take decisions on public funding, and to share information on policy investment considerations and decisions. Health Canada is co-chair on the F/P/T Advisory Committee on Information and Emerging Technology (ACIET) and has played a key role to ensure that the needs of all jurisdictions will be met by the strategy. As the implementation of the strategy is still to occur, it is premature to comment on results and cost-benefit.

Planning and management of Health Human Resources (HHR) is key to ensure access to health providers, now and in the future. The HHR Strategy aims to respond to the Accord commitments by: 1) securing and maintaining a stable and optimal health work force in Canada; and 2) supporting overall health care renewal. This will be achieved through the implementation of three broad HHR Strategy initiatives: pan-Canadian Health Human Resources planning; Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice; and Recruitment and Retention.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Implement the priorities and objectives of the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal:	
• Establish a Health Council to ensure accountability and to facilitate annual reporting on the progress, by all jurisdictions, on the implementation of the Accord.	• On December 9, 2003, the Chair of the Health Council and 25 councillors were announced. Michael Decter, who was selected unanimously by participating Health Ministers, is to serve as Chair.
• Develop new comparable indicators on the themes of access, quality, efficiency and effectiveness of the health system.	• Health Ministers have approved 10 new comparable indicators for performance reporting in November 2004. The F/P/T working group has also reviewed and refined the 2002 indicators. New comparable indicators will continue to be developed for reporting after 2004.
• Implement a national strategy to improve patient safety.	• The establishment of the CPSI was announced in December 2003. The CPSI received $2.2 million in 2003-2004 and will receive $8 million per year in subsequent years. The balance of the funding is being used to support the Canadian Medication Incident Reporting and Prescribing System.
• Develop strategies for technology assessment.	• Health Canada, through ACIET, continues to lead the development of the comprehensive health technology strategy. Budget 2004 provided $45 million over five years to the Canadian Coordinating Office on Health Technology Assessment (CCOHTA). Work on the implementation plan for the strategy will be completed during the fall and coordinated with the external review of CCOHTA.
• Undertake collaborative strategies on Health Human Resources planning.	• The 2003 Budget provided $90 million over five years to work with P/Ts to improve national HHR planning and coordination. Work continues on specific HHR initiatives set out in the Accord, such as pan-Canadian Health Human Resources planning; Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice, and Recruitment and Retention.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• Support primary health care reform.	• P/Ts are continuing with their primary health care initiatives supported by the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF). The Fund is supporting the implementation of telehealth, tele-advisory lines and other e-health initiatives in the provinces and territories. Over 90 percent of the $800 million for the five envelopes is committed. Jurisdictions are reporting on an annual basis.

Priority 2: Uphold the *Canada Health Act* and work with the provinces and territories to ensure that all governments fulfill their commitment to its principles.

The *Canada Health Act* (CHA) is Canada's federal health insurance legislation. The Act defines the national principles that govern the Canadian health care system (public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility). Its aim is to ensure that all eligible residents of Canada have reasonable access to medically necessary hospital and physician services on a prepaid basis, without direct charges at the point of service. In 2003-2004, Health Canada continued to ensure compliance with the Act and improve reporting to Parliament and Canadians. The *Canada Health Act Annual Report* can be found at: www.hc-sc.gc.ca/medicare.

Health Canada's approach to CHA administration emphasizes transparency, consultation and dialogue with provincial and territorial health care authorities. The application of financial penalties is considered only as a last resort when all options to resolve an issue collaboratively have been exhausted. Pursuant to the commitment made by all premiers (except Quebec's) under the Social Union Framework Agreement of 1999, federal, provincial and territorial governments (except Quebec) agreed, in April 2002, to a Canada Health Act Dispute Avoidance and Resolution process.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Ensure compliance with the conditions and extra-billing and user-charge provisions of the *Canada Health Act*.	• Provinces and territories are responsible for ensuring their health care insurance programs comply with the conditions and criteria of the CHA. While Health Canada's work with provinces and territories has resulted in a high level of compliance with the legislation, Health Canada continues to increase its monitoring of health care delivery, develop better information tracking and analysis tools, and investigate and report on potential non-compliance and emerging health issues.
Improve reporting to Parliament and Canadians on insured health care services provided by the provinces and territories.	• Health Canada has worked with provinces and territories to improve the information collected and reported in the *Canada Health Act Annual Report* by streamlining the process, increasing collaboration and communication with the provinces and territories, and by increasing the scope and detail of information provided in the report.

Priority 3: Improve the knowledge base and its application to health care system issues.

Health Canada continues activities to improve the knowledge base and thereby supports the development of health care policy.

Ongoing work in gender-based analysis (GBA) aims to support the development of policies and programs that take into account the differing health needs of men, women, boys and girls in Canada.

Health Canada continues to monitor potential effects on health policy of existing and future trade agreements. The Department also continues its information sharing activities with other countries and with international organizations.

Legislation regarding human reproduction, Bill C-6, *An Act respecting assisted human reproduction* (AHR) *and related research* received Royal Assent and became law on

During the annual Public Health Days in December 2003, Health Canada-Quebec Region, the Association pour la santé publique au Québec [public health association of Quebec] and many provincial partners welcomed more than 200 public health professionals from all over Quebec to share their innovative rural public health practices. With the theme Rurality and Public Health, the participants benefited from information and experiences acquired in 10 projects funded by Health Canada from 2001 to 2003 under the Rural and Remote Innovations program.

http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives/2003.asp?A=9

March 29, 2004. The coming into force of the Act will follow a staged approach. Certain provisions of the Act, most notably prohibitions against such practices as human cloning, came into force on April 22, 2004. The Act has three main objectives: to prohibit unacceptable activities such as human cloning, to protect the health and safety of Canadians who turn to AHR procedures to help build their families, and to place controls over research involving the *in vitro* human embryo. Health Canada is undertaking work to create the Assisted Human Reproduction Agency of Canada. This Agency will be responsible for licensing, inspecting, and enforcing activities controlled under the Act.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Engage in occupational and sector studies with specific health professions in order to better understand the human resource requirements for these professions now and in the future.	• Work is ongoing in the palliative and end-of-life care area to create linkages between best practices and quality care with education for health and allied professionals and to identify the linkages between national accreditation standards with a surveillance system design that includes national indicators. • With the aim to increase the evidence-base on health human resource issues, literature reviews, environmental scans, a report and research papers on Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice (IECPCP) were completed in 2003-2004. The National Expert Committee was also created to provide independent expert advice to Health Canada on the development, promotion, and implementation of the IECPCP Initiative. • Health Canada also collaborated with Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC) in the Human Resources Partnership (HRP) Program. To date there have been six health sector studies: Social Worker, Pharmacy, Oral Health Care, Nursing, Canadian Home Care Human Resources and Physician Sector.
Develop web-based information on the licensing and recognition of foreign credentials for health care professionals in Canada.	• Another HHR initiative is a website, sponsored by Health Canada in cooperation with Citizenship and Immigration Canada, which contains comprehensive information for international medical graduates interested in entering medical practice in Canada.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Pilot a training program to assist employees in conducing gender-based analysis of policies, legislation and programs.	• Health Canada continues implementing GBA by being a lead department, along with the Status of Women Canada, HRSDC, the Department of Justice and Canadian Heritage, in the Agenda for Gender Equality (2000) initiative. Health Canada conducted seven training sessions in gender-based analysis and endorsed two GBA policy pilot projects.
Engage in research and analysis activities with other countries and international organizations and provide strategic advice on international trade negotiations.	• Health Canada continues to monitor the potential effects on its health policy and health protection activities that are associated with the interpretation of existing trade agreements e.g. North American Free Trade Agreement (NAFTA) and ongoing negotiations of new trade agreements e.g. Free Trade Area of the Americas (FTAA). Maximum policy flexibility is always sought so as to maintain a broad range of options for Health Canada as it addresses the health agenda. • Health Canada is also engaged in numerous activities with other countries which lead to the provision of strategic policy advice. Strengthened relations with the United States on health matters were discussed and collaboration was enhanced or developed in areas related to health protection and security and biosecurity.
Undertake further research and analysis in human genetics.	• The *Act respecting assisted human reproduction and related research* will establish the Assisted Human Reproduction Agency of Canada. The process for appointing the board members and the consultation process for the development of the regulatory regime under the Act will be launched in the near future.

Priority 4: Work in partnership with the provinces and territories to implement a national system of governance for the ethical conduct of research involving humans.

When people participate as subjects in research, they may face risk of physical and/or psychological harm. Research involving humans (RIH) raises important ethical considerations, including the need to fully disclose risks to subjects as part of the informed consent process. Health Canada has an interest in promoting the ethical conduct of RIH, in particular through its regulatory role over clinical trials. Health Canada's support for the National Council on Ethics in Human Research (NCEHR) (http://www.ncehr-cnerh.org) initiatives and awareness-raising activities within the federal government have helped to advance human research protection practices at research institutions and research ethics boards throughout Canada, as well as across federal departments and agencies.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Health Canada will establish an interdepartmental mechanism to raise awareness and lead discussions regarding the challenges facing federal departments and agencies in ensuring the ethical conduct of research involving humans.	• Health Canada established a permanent working group of officials from over 20 federal departments and agencies to share best practices in research ethics and to promote research ethics education and awareness within the federal government.
Health Canada will continue to work in support of the RIH community, in particular the research ethics boards, building on efforts to increase information exchange, learning and innovation.	• Health Canada prepared a contribution agreement totalling $200,000 with NCEHR to support the organization's research ethics education initiatives, in particular, its voluntary program of site visits at research institutions. • NCEHR recently established a task force to develop a model for the accreditation of human research protection programs, including research ethics boards. A workplan is under development by the organization, in collaboration with key stakeholders.
The Department is also committed to pursuing discussions with the provinces and territories with respect to a national system of governance for the ethical conduct of RIH.	• Formal discussions with provincial and territorial governments did not occur in 2003-2004. Discussions may occur in 2004-2005, depending on developments within the research ethics community.

Strategic Outcome:

A Healthier Population by Promoting Health and Preventing Illness

Canada's Performance - Theme and Horizontal Area: Health - Healthy population

Objective

Promote health and prevent and control injury and disease.

Financial Information

Millions of dollars	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Gross expenditures	432.9	779.5	773.5
Revenues	0	0	(0.1)
Net expenditures	432.9	779.5	773.4*

* This represents 65.9 percent of Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- funding for incremental costs associated with emergency responses to SARS, West Nile virus (WNv) and the human health consequences of Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE)
- funding related to the National Immunization Strategy
- a change in the planned funding profile of the National Smallpox Preparedness and Response Strategy

The actual spending is $6.1 million lower than total authorities mainly due to:

- lower than expected requirements for SARS and WNv
- a delay in the National Smallpox Preparedness and Response Strategy
- year end adjustments of Department of Justice expenditures

Intermediate outcomes

- Informed choices and adoption of safe, healthy and sustainable health practices.
- Enhanced public health research capacity, information sharing, and uptake of evidence among key partners and stakeholders.
- Strengthened public health policies and actions within the health system.
- Evidence-base to shape population and public health policy and practice.
- Improved access to health and social services for target populations.
- Comprehensive, integrated and sustainable health promotion system.

Immediate outcomes

- Increased public awareness of key public health issues.
- Enhanced involvement, participation and partnership of individuals and stakeholders in health promotion and protection policy and program development.
- Strengthened national and international networks and coordination.
- Increased awareness and use of reliable promotion of population health evidence.
- Increased awareness of information, community and health system supports.
- Implementation of strategies and policies to support public health.
- Improved community capacity.

Priorities

2003-2004 RPP Priorities

- Promote healthy living.
- Prevent illness.
- Enable health promotion, disease prevention and control through surveillance and research.
- Protect the health of Canadians by enhancing emergency preparedness and response capability.

Current Priorities

- Contribute towards the development of a seamless and comprehensive public health system.
- Enhance the federal government's capacity in public health.

In 2003-2004, the emergence of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in Canada – along with the subsequent reports *Learning from SARS - Renewal of Public Health in Canada* (http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/sars/learning.html) and *Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act* (http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repfinnov03-e.htm) – highlighted the need for Canada to focus on and strengthen its public health system. The Department responded to the threat to public health and subsequent reports by changing its focus to new public health priorities and engaging in a range of activities which both increased the federal government's capacity in public health and improved the country's overall public health system.

Program, resources and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
Emergency Preparedness and Response	In partnership with the provinces, territories and non-profit organizations, Health Canada continues to provide national leadership in the country's response to threats to public health.
Chronic Disease Prevention and Control	By working with stakeholders, Health Canada provides pan-Canadian and international leadership in chronic disease prevention and control through surveillance and risk assessment and in the development of integrated policies and programs.
Infectious Disease Prevention and Control	Through national leadership, Health Canada conducts, supports and coordinates public health actions on surveillance and epidemiology, infectious disease outbreak investigations, risk management, research including laboratory science, health promotion, public health policy development, and prevention and care programs. The Department also works in close partnership with provinces and territories and liaises with international organizations and agencies to actively support global disease eradication initiatives.
Healthy Human Development	To address the public health priority of healthy human development, the Department develops, implements and champions policies and programs that enhance conditions for the healthy development of Canadians through the life stages. Through actions founded on the principles of population and public health, Health Canada continues to address the determinants of health to promote healthy practices and provide upstream supports to facilitate successful movement through the life stages.

In 2003-2004, the emergence of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in Canada – along with the subsequent reports *Learning from SARS - Renewal of Public Health in Canada* (http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/sars/learning.html) and *Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act* (http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repfinnov03-e.htm) – highlighted the need for Canada to focus on and strengthen its public health system. The Department responded to the threat to public health and subsequent reports by changing its focus to new public health priorities and engaging in a range of activities which both increased the federal government's capacity in public health and improved the country's overall public health system.

Program, resources and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
Emergency Preparedness and Response	In partnership with the provinces, territories and non-profit organizations, Health Canada continues to provide national leadership in the country's response to threats to public health.
Chronic Disease Prevention and Control	By working with stakeholders, Health Canada provides pan-Canadian and international leadership in chronic disease prevention and control through surveillance and risk assessment and in the development of integrated policies and programs.
Infectious Disease Prevention and Control	Through national leadership, Health Canada conducts, supports and coordinates public health actions on surveillance and epidemiology, infectious disease outbreak investigations, risk management, research including laboratory science, health promotion, public health policy development, and prevention and care programs. The Department also works in close partnership with provinces and territories and liaises with international organizations and agencies to actively support global disease eradication initiatives.
Healthy Human Development	To address the public health priority of healthy human development, the Department develops, implements and champions policies and programs that enhance conditions for the healthy development of Canadians through the life stages. Through actions founded on the principles of population and public health, Health Canada continues to address the determinants of health to promote healthy practices and provide upstream supports to facilitate successful movement through the life stages.

Program, resources and results linkages: (continued)

Program	Result Linkage
Surveillance Coordination	Through national leadership, Health Canada coordinates, supports and delivers public health training programs, improved access to relevant health surveillance information, and joint F/P/T strategies for health surveillance and communication within the Network for Health Surveillance in Canada and the international community. These activities provide public health professionals with tools and information to prevent and/or reduce health risks and improve the health of all Canadians.

Executive Summary

Public health, a key component of Canada's health system, seeks to prevent disease, prolong life and promote health through the organized efforts of society. Promoting healthy living and reducing health disparities, preventing and controlling infectious and chronic diseases and injuries, as well as being ready to respond to threats to public health, are critical components of the Government of Canada's responsibilities to help the people of Canada maintain and improve their health. With most public health activities being done in partnership, identifying a positive health trend reflects the success of a joint effort.

While we did achieve many of the results that we had originally projected across this strategic outcome in 2003-2004, our plans were overtaken by the emergence of SARS and Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) in Canada as well as the spread of West Nile virus (WNv). To address these challenges, we delayed other activities and redirected staff and resources so that we could devote resources to meet immediate demands. These included hiring, training and deploying specialized staff; acquiring needed equipment; greatly expanded use of our testing and research capacities; investments in research and the development of diagnostic tests; expanded monitoring and surveillance; and work with partners in other countries.

Our experience with SARS, BSE and WNv and the advice and recommendations that we received from subsequent reports led to changes to the Government of Canada's approach to public health and to our own strategies. In particular, the federal government expanded its public health capacity and committed to leadership in improving the country's overall public health system. This included initial steps toward the creation of the new Public Health Agency of Canada and appointment of a Chief Public Health Officer.

More generally, we continued to carry out our responsibilities in areas such as emergency preparedness and response, actions to prevent and control chronic and infectious diseases, healthy human development and coordination of disease surveillance that enables us to track emerging health threats. Consistent with our commitment to partnerships and to more integrated approaches to population health issues, we led initiatives such as the Canadian Health Network (CHN) that provides an electronic gateway to credible, practical information on health promotion and disease prevention. We continued to take action with governmental, Aboriginal and non-governmental partners under the Canadian Strategy on HIV/AIDS, and to address health

priorities such as early childhood development, diabetes, breast cancer and hepatitis C.

As a contribution to the corporate priority of Improving Accountability to Canadians, we developed a strategic Performance Management Framework that will enable us to strengthen accountability in public health program management and delivery by aligning program-specific objectives with broad health-related outcomes. By reporting on these outcomes, programs will demonstrate their contribution to improving the overall health of the population and reducing health disparities.

Performance Summary by Priority

Current Priorities: Contribute towards the development of a seamless and comprehensive public health system.

Enhance the federal government's capacity in public health.

Canada needs a seamless and comprehensive pan-Canadian public health system that is able to identify and respond to communicable and non-communicable diseases, injuries and public health emergencies in a timely, coordinated and effective manner and that is able to promote overall good health of Canadians.

When the 2003-2004 Report on Plans and Priorities was tabled, SARS had just been identified in Canada. Between March and August 2003, Canadians were profoundly affected, both economically and socially, by SARS as well as by WNv and BSE. As the federal government's lead Department against the human health effects, Health Canada engaged in a variety of activities to address these threats including:

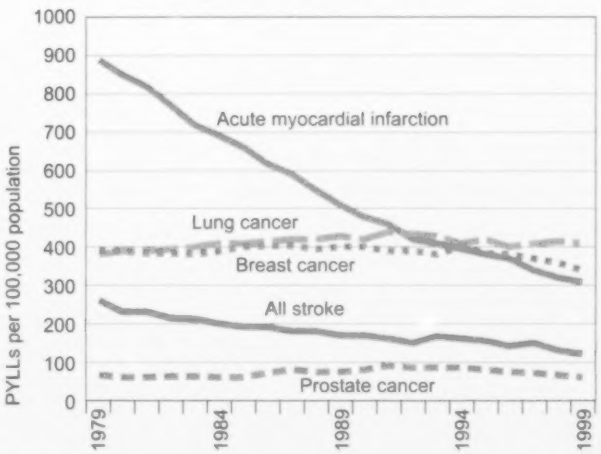
- recruiting, training and employing quarantine officers, health care professionals and administrators to screen passengers for possible SARS infection at airports in major Canadian cities;
- leasing and installing mobile x-ray machines and processors for use by Toronto public health authorities;
- operating the National Microbiology Laboratory on a 24/7 basis and acquiring necessary equipment for testing and research;
- developing tests and conducting research on potential therapies against West Nile virus;
- augmenting health monitoring and surveillance activities for seniors and other "at-risk" groups;
- conducting research on possible routes of exposure of Canadians to BSE-related diseases through cosmetics, biologics, human drugs, medical devices, natural health products and veterinary drugs; and
- cooperating with the World Health Organization, the U.S. Centers for Disease Control and Prevention, and other organizations.

Following these threats to public health, expert reports – by the National Advisory Committee on SARS and Public Health; the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology; and others – identified the need for Canada to strengthen its public health system. A key finding from the reports was that Canadians needed federal leadership and better coordinated federal resources in public health. The Government of Canada responded by beginning the process to establish the Public Health Agency of Canada and to appoint a Chief Public Health Officer to lead the agency. The new agency, which will report to the Minister of Health, will take a lead role in the prevention of disease and injury and the promotion of health; provide a clear focal point for federal leadership and accountability in managing public health emergencies; serve as a centralized point for sharing Canada's expertise with the rest of the world

and for applying international research and development to our own public health programs and policies; strengthen intergovernmental collaboration on public health; and facilitate national approaches to public health policy and planning.

Although the focus of much of the beginning of 2003-2004 was diverted to address the human health implications of SARS, WNv and BSE, Health Canada continued to advance on the priority commitments made in the 2003-2004 Report on Plans and Priorities to help Canadians maintain and improve their health. The Department's efforts continued to contribute towards fostering an environment of healthier living and reduced health disparities.

Potential Years of Life Lost, Selected Causes of Death, Canada, 1979 - 1999



Source: Statistics Canada Health Indicators 2002

Health Canada made significant investments in programs that promote good health and prevent illness and worked with a broad range of partners to develop information, strategies and approaches towards these ends. One focus was the promotion of healthy living. Over two-thirds of all deaths in Canada result from cardiovascular, cancer, diabetes or respiratory disease. Obesity, physical inactivity and poor nutrition are key common risk factors that contribute to the development of many of these non-communicable diseases.

In 2003-2004, the Department worked closely with partners to advance an Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy as well as provided key ongoing support for the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, which includes major health organizations and health professional associations and focusses on how best to prevent or delay the onset of risk factors and/or disease through integrated strategies, for example, nutrition education to decrease risk for heart disease and diabetes or activities focussed on child well-being. These activities aim to further a *Vision for Healthy Living – A Healthy Nation* in which all Canadians experience the conditions that support the attainment of good health and are complemented by strategies for specific diseases such as diabetes and cancer.

As well, these efforts were complemented by the electronic gateway provided by Health Canada to the CHN, a pan-Canadian collaboration for the strategic integration of e-health information in order to empower Canadians to make better-informed health choices by providing them with credible, practical and timely information on how to stay healthy and prevent injury and disease. Through a partnership of over 20 voluntary sector affiliates and 1,000 network contributors, a broad range of groups (from children to seniors), health topics (from active living to workplace health) and disease prevention areas (cancer to respiratory disease) are covered, resulting in over 17,000 expert-reviewed, high-quality resources selected by Canadian organizations, specifically for Canadians.

In addition to departmental action on SARS, BSE and WNv, Health Canada

The Alberta Community HIV Fund, a joint community/provincial/federal model that supports community-based initiatives on HIV/AIDS, provided funding to 31 organizations to facilitate outreach, community development, training, prevention, harm reduction and care and support activities. Evaluation work points to positive changes in the awareness, attitudes, knowledge and skills of target populations, and increased organizational and community capacity for HIV/AIDS programming. This activity highlights how Health Canada works with its partners to develop and sustain many of its policies and programs in communities across the country.

invested significantly in initiatives to prevent and control infectious diseases in Canada, such as monitoring the prevalence of existing and emerging diseases and working with federal, provincial/territorial and other partners to coordinate responses. Many of these initiatives are centred on human behaviours such as intravenous drug use and risky sexual activity, which contribute to the spread of many communicable diseases. The Department continued to engage and collaborate with all levels of government, communities, non-governmental organizations, professional groups, institutions and the private sector to build Canada's capacity to address public health threats such as HIV/AIDS, hepatitis C, pandemic influenza, and antimicrobial resistance.

Health Canada, as part of the Network for Health Surveillance in Canada, continued to assist researchers, academics and decision-makers at the national, provincial/territorial and local levels by making tools available and coordinating efforts to strengthen health surveillance. This included the tracking and forecasting of health events or health determinants through the collection of data and its integration, analysis and interpretation into surveillance products. Health Canada undertook several initiatives aimed at improving the quality, accessibility and comprehensiveness of health surveillance information, including the Internet-based Public Health Information System (*i*-PHIS), the Skills Enhancement e-learning program for public health workers, Geographic Information System data and services, an inventory of injury surveillance systems, reports targeted to health professionals for the purpose of policy and practice development, and investments in HIV/AIDS and transfusion-transmitted injury surveillance systems.

As Canada's central coordinating point for public health security issues, Health Canada protects the health of Canadians in the event of natural and human-caused emergencies. For example, the Department responded within three hours to requests by the Nova Scotia government for emergency supplies: 200 blankets and 196 stretchers in September 2003 and a further 200 blankets and 198 stretchers in February 2004. In addition to hosting a national public health conference in October 2003 on dealing with chemical, biological, radiological and nuclear attacks, Health Canada continued to increase its own capacity to respond to these threats. Internationally, Health Canada played a leadership role in the Global Health Security Action Group and continued to work closely with the United States on health security activities, in conjunction with other federal partners, as part of the Smart Border Initiative.

A strategic performance management framework – the Results-Based Management and Accountability Framework (RMAF) and a Risk-Based Audit Framework (RBAF) – was developed to manage, monitor, and evaluate the activities of public health programs being delivered across Canada. The implementation of this framework reinforces the Population and Public Health Branch's ongoing commitment to

strengthening accountability in public health program management and delivery. Program-specific performance management frameworks have also been developed, demonstrating linkages to the strategic-level RMAF and RBAF. This alignment of program-specific objectives with broad health-related outcomes reflects a streamlining of activities associated with measuring, monitoring, and reporting the impact of programs on health-related outcomes, in order to demonstrate their contribution to improving the overall health of the population and reducing health disparities. This strategic management framework provides an account of the range of outcomes that the programs attempt to influence, sets out a strategy for measuring program effects on longer-term health outcomes, proposes strategies for identifying program-specific risks, and includes a logic model that illustrates how progress is made from activities and outputs toward the achievement of health outcomes.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Promote healthy living	
Promote good health and prevent illness by investing over $100 million in 900 community-based projects such as the Community Action Program for Children (CAPC), the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP), and the Aboriginal Head Start (AHS) off-reserve program.	***Ongoing*** • 460 CAPC projects serving 75,000 children and 50,435 parents/caregivers in a typical month http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/capc_main_e.html • 320 CPNP projects serving over 45,000 pre- and post-natal women per year http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/cpnp_main_e.html • 127 AHS sites serving approximately 3,616 children in nine provinces and three territories http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/ahs_main_e.html • In October, Health Canada and the Canadian Council for Health and Active Living at Work launched *Stairway to Health* – a combination of advertisements, virtual stair challenges and fact sheets, this interactive web-based resource encourages employers and employees to use stairs rather than elevators as a cost-effective means to incorporate healthy physical activity into daily work. http://www.healthcanada.ca/stairwaytohealth

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	• Ontario/Nunavut Region published a toolkit for health and social sectors identifying indicators of socially inclusive policy and launched a public education campaign whereby school principals, supervisors and families work toward creating inclusive school policy. Atlantic Region has provided social and economic inclusion presentations and training in Newfoundland and Labrador in partnership with the province and the provincial council.
Develop wider understanding of children's health by continuing to fund research through the Centres of Excellence for Children's Well-Being.	***Ongoing*** • Four Centres received a total of $1.5 million and focussed on early childhood development, child welfare, youth engagement, and children with special needs.
Prevent Type II diabetes by investing $7 million in over 100 community-based projects.	***Ongoing*** • The Canadian Diabetes Strategy – which focusses on health promotion and disease prevention programming; national coordination of efforts; and support for the care and treatment of all Canadians including Inuit and on-reserve First Nations communities – was extended to 2005, enabling the Department to continue its work with community-based projects to raise awareness of the disease and engage in joint disease prevention initiatives. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/english/index.html As part of the Strategy, the National Diabetes Surveillance System published its first report *Responding to the Challenge of Diabetes in Canada*. http://www.NDSS.ca

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Fund research (including the Canadian Breast Cancer and Prostate Cancer Research Initiatives) and public awareness campaigns regarding contributing risk behaviours.	***Ongoing*** • Building on the establishment of the Governing Council and Stakeholder forum, the Canadian Strategy for Cancer Control (CSCC) – a multisectoral collaborative effort to help reduce cancer incidence, morbidity and mortality through conversion of knowledge into strategies and actions – continued its planning work in 2003 and looked for funding opportunities in six priority areas: clinical guidelines, standards, prevention, human resource planning, strategic research and enhancing supportive/ psychosocial and palliative care. http://www.cancercontrol.org • Work was also done to enhance the quality of organized breast cancer screening programs. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/ccdpc-cpcmc/bc-cds/cbci_main_e.html
Reinforce relationships with volunteer organizations by beginning to implement the Codes of Good Practices on Policy Dialogue and Funding.	***Ongoing*** • Health Canada went beyond its obligation to report interdepartmentally on activities implemented as part of the December 2001 Accord with the voluntary sector and, in the interest of transparency, issued a public report, including examples of existing good practices across the Department and regions. The detailing of existing good practices is now part of the reporting framework for all departments. Further details are available at: http://www.vsi-isbc.ca/. • Health Canada provided $1.95 million to 29 organizations, with a focus on issues such as governance, leadership and volunteer management and development. Six demonstration projects are under way, featuring Health Canada and voluntary sector collaboration on issues of mutual priority.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Co-sponsor a symposium with the provinces and territories and stakeholders in developing the Healthy Living Agenda and outlining strategies to achieve more favourable health.	***Completed*** • The Healthy Living Symposium was held in Toronto on June 16-17, 2003. http://www.hc-sc.gc.ca/english/lifestyles/healthyliving/index.html
Develop an integrated pan-Canadian Healthy Living Agenda. Ensure that the Healthy Living Agenda meets the unique needs of Atlantic Canadians.	***Ongoing*** • In September 2003, F/P/T Ministers of Health endorsed the Healthy Living Strategy Framework and five action items. As part of the Strategy, Health Canada worked closely with its partners to establish an Intersectoral Healthy Living Network; to pursue action in the areas of research, surveillance and best practices; to develop models and options for the creation of an Intersectoral Fund; to explore options for a communications/health information strategy and to continue further dialogue with Aboriginal stakeholders under the direction of the Advisory Committee on Population Health and Health Security (ACPHHS). • As part of the Pan-Atlantic Wellness Strategy, all jurisdictions in the Atlantic region have focussed on the development of a social marketing plan and a framework for a bilingual health promotion clearinghouse.
Prevent illness	
Prevent and control infectious diseases in Canada by monitoring the prevalence of existing and emerging diseases and working with federal, provincial and territorial partners to coordinate responses.	***Ongoing*** • Significant activity related to responding to, and maintaining readiness for, the threats of SARS, BSE and WNv. • In February 2004, Health Canada released the Canadian Pandemic Influenza Plan which maps out how Canada will prepare for, and respond to, an influenza pandemic. This Plan clarifies the roles and responsibilities of all those involved in emergency response and guides the prevention, preparedness and response activities of all levels of government in the event of an influenza pandemic. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/cpip-pclcpi/

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	• In June 2003, Health Canada published a policy research paper on the issue of antimicrobial resistance. http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/microbial.pdf In collaboration with the Canadian Food Inspection Agency, the Department has developed the Canadian Integrated Program for Antimicrobial Resistance Surveillance (CIPARS) to monitor trends in antimicrobial use and the development of resistance in selected bacterial organisms from human, animal and food sources across Canada. The CIPARS report was released in March 2004 and offers the most current and valid national data available on antimicrobial resistance in the food chain. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/cipars-picra/index.html • In November 2003, Health Canada launched a widespread consultation on an HIV/AIDS Action Plan, which sets out a coordinated nation-wide approach to tackle HIV/AIDS and the underlying health and social issues that contribute to new infections and have an impact on people living with HIV/AIDS. In addition, Health Canada continued work on a vaccine plan that will ensure Canadian involvement in the development and delivery of HIV vaccines, and equitable access to vaccines when they are available. • Health Canada continued its efforts to strengthen the legislative framework for public health. In the spring of 2004, the Department conducted clause-by-clause public and stakeholder consultations on a legislative proposal which included communicable diseases/quarantine, human pathogens and toxins, health information, research and surveillance.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	• Health Canada led in the establishment of the Manitoba Harm Reduction Network which has strengthened working relationships between correctional officials and community based agencies, improving the continuity of treatment programs for convicted persons between incarceration and post-incarc ration periods. • The Field Epidemiology Program continued to support emergency response and provide specialized training to health professionals in the practice of applied epidemiology. It has increased public health capacity nationally and globally. For example, eight of the 10 field epidemiologists were involved in the investigation of SARS in Vancouver, Ottawa, Halifax and Toronto, conducting cluster investigations and descriptive epidemiology, designing prevention and control guidelines, and planning and implementing studies.
Invest $31 million to combat HIV/AIDS.	***Ongoing*** • Funded over 230 projects to promote HIV prevention and to provide access to care, treatment and support for those infected with the disease. In addition, the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) increased its contribution to HIV/AIDS, supporting 101 HIV/AIDS research projects and 61 HIV/AIDS research salary awards, using a combination of Canadian Strategy on HIV/AIDS (CSHA) and CIHR funds. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/strat_admin/can_strat2.html
Complete a five year review of the Canadian Strategy on HIV/AIDS.	***Completed*** • In July 2003, Health Canada completed a review of the past five years of the federal role in the CSHA, including recommendations for future directions, entitled *Getting Ahead of the Epidemic: the Federal Government Role in the Canadian Strategy on HIV/AIDS 1998-2008*. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/publications/ahead_intro.html

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Continue to pay half the costs borne by the provinces and territories to help identify people who have been infected with hepatitis C through the blood system or who have donated infected blood.	***Ongoing*** • Health Canada paid half the cost ($50 million) of provincial and territorial initiatives to trace the blood system in order to identify and bring into care blood donors and recipients infected with hepatitis C.
Improve access to health care and treatment services for persons with hepatitis C by transferring over $43 million to the provinces and territories.	***Ongoing*** • Health Canada transferred $43,950,000 to provinces and territories as part of a $300 million undertaking to augment hepatitis C health care services in the areas of nursing care, immunizations and the provision of medications.
Reduce the incidence of hepatitis C by: • funding community-based organizations for education, outreach and harm-reduction programs for injection drug users; • continuing research on the hepatitis C virus and behaviours associated with its transmission.	***Ongoing*** • Health Canada, through the Hepatitis C Prevention, Support and Research Program, supported case studies and prevention and community-based support initiatives at the regional and national levels through project funding to non-governmental and professional organizations. The Program and key partner organizations convened a National Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis in Canada, resulting in updated clinical practice guidelines. Program funding also supported the 2nd Canadian Conference on Hepatitis C, where clinicians, researchers, governments, community groups and others shared new knowledge and approaches for addressing hepatitis C. http://www.cvhn.ca/hepc2004/

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Enable health promotion, disease prevention and control through surveillance and research	
Develop secure, web-based tools for public health officials.	***Ongoing*** • Developed the Internet-based Public Health Information System (*i*-PHIS), an automated, integrated, client health record and reporting system, which enabled public health intervention, tracking and follow-up. Front line public health workers in British Columbia and the David Thompson Health Region in Alberta can now more effectively undertake public health actions by sharing communicable disease surveillance and immunization information. • Developed, through a university/private sector partnership, three web-based skills enhancement modules for public health professionals – Basic Epidemiologic Concepts, Measurement of Health Status, and Descriptive Epidemiological Methods – offering high-quality continuing education opportunities to strengthen our public health workforce to respond to current and emerging public health challenges. • Developed the Internet-based, secure Public Health Map Generator to provide front line public health professionals at the local, regional, provincial and federal level with the capacity to map public health case data in a very cost-effective manner in order to support program delivery, policy development and outbreak response.
Expand the Transfusion Transmitted Injuries Surveillance System (TTISS) from six provinces and territories to all.	***Ongoing*** • Eight provinces and two territories are participating in TTISS, with the remaining provinces expected to join by March 2005.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Develop agreements with all the provinces and territories for the standardized submission of data on HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases, develop additional data sources and methodologies to improve the ability to track key indicators of the HIV epidemic in Canada; and develop national surveillance for HIV risk behaviour.	***Ongoing*** • Health Canada, in collaboration with provincial and territorial HIV/AIDS surveillance representatives, established a working group to discuss standardized data submissions. Final reports are expected in 2004-2005. • In 2003-2004, Health Canada completed a pilot study of national risk behaviour surveillance among injecting drug users. Plans for an additional pilot study among men-who-have-sex-with-men have been developed. • In August 2003, the Sexually Transmitted Infections Minimum Data Elements Working Group developed a proposed minimum data set for national surveillance of sexually transmitted infections. The proposal will be disseminated for review to all provincial/territorial governments and other public health professionals.
Protect the health of Canadians by enhancing emergency preparedness and response capability	
Develop contingency guidelines for hospitals in the case of bioterrorist events.	***Ongoing*** • Health Canada, in collaboration with experts, has established a working group to develop infection control guidelines. Draft infection control guidelines entitled, *Health Care Facility Preparedness for, and Decontamination following a Bioterrorist Event*, have been developed and will be finalized in fall 2004. • The 3rd edition of the *Laboratory Biosafety Guidelines* for hospital laboratories has been completed and is in the process of being published.
Prepare for the unlikely scenario of a smallpox outbreak.	***Ongoing*** • Health Canada continues to take steps to secure smallpox vaccine and to have its storage facility validated under the manufacturer's Facility Licence. The National Smallpox Contingency Plan has been prepared in full consultation with all jurisdictions, and Health Canada is working with all provinces and territories to complete development of their own plans.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Organize a national public health conference to examine the best response to chemical, biological, radiological and nuclear attacks.	***Completed*** • In October 2003, Health Canada sponsored the Canadian Conference on Counter-Terrorism and Public Health (http://www.cpha.ca/ctph/).
Maintain links with international partners, particularly through the Global Health Security Action Group, and work with other federal partners as part of ongoing security cooperation, including the Canada-United States biosecurity initiative.	***Ongoing*** • Health Canada continued to work with its American counterparts to enhance Canadian-U.S. border health security. Specific initiatives included ongoing collaboration aimed at interoperability of the respective quarantine services (e.g. common training, health alert notices etc.), emergency stockpiles and smallpox response as well as planning for an exchange of Emergency Operations Centre personnel. • Health Canada's National Microbiology Laboratory is chairing the Laboratory Network of the Global Health Security Action Group and has been working on implementing a Ministerially-approved set of activities such as exchange of best practices, standardization and evaluation of laboratory tests and communications protocols.

Strategic Outcome:

Safe Health Products and Food for Canadians

Canada's Performance - Theme and Horizontal Area: Health - Healthy population

Objective

Health Canada contributes to maintaining and improving the health of Canadians by evaluating and monitoring the safety, quality and effectiveness of drugs, vaccines, medical devices, natural health products and other therapeutic products, as well as the safety and quality of the foods available to Canadians. Our legislated mandate also includes evaluating and monitoring the safety, quality and effectiveness of veterinary drugs sold in Canada, and the safety of foods derived from animals treated with those drugs. Health Canada also provides authoritative health information and works to promote conditions that enable Canadians to make healthy choices and informed decisions related to health products, food and nutrition.

Financial Information

Millions of dollars	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Gross expenditures	189.9	215.6	188.6
Revenues	(40.7)	(40.7)	(34.2)
Net expenditures	149.2	174.9	154.4*

* This represents 13.2 percent of Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- funding to implement the Therapeutic Access Strategy (TAS)
- funding related to the Agriculture Policy Framework (APF)
- transfers to other government departments for the Canadian Biotechnology Strategy

The actual spending is $20.5 million lower than total authorities mainly due to:

- delays in TAS and APF implementation resulting from funding received late in the fiscal year
- year end adjustments of Department of Justice expenditures

The actual revenue collected was $6.5 million less than authorities due to lower revenues than anticipated collected for activities related to human and veterinary drugs, and medical devices.

Intermediate outcomes

- Positive health outcomes through safe and effective health products, and safe and nutritious food.
- Canadian scientists, health professionals and industry contributing to public health and health innovation.
- Public confidence and trust in the safety of health products, food and regulatory system.

Immediate outcomes

- Improved timeliness, transparency and predictability of regulatory process.
- Expanded international collaboration and national cooperation.
- Enhanced information sharing with key health science and innovation partners and stakeholders.
- Improved awareness and informed decisions concerning health products, food and nutrition by Canadians.
- Enhanced public involvement in health products, food and nutrition policy and program development and implementation.
- Industry compliance with safety regulations and standards.

Priorities

- Improve operational effectiveness and strengthen service to Canadians.
- Protect the people of Canada against risk factors related to health products and food.
- Provide information and tools to assist the people of Canada in making healthy choices.

Programs and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
Pre-market Regulatory Evaluation and Process Improvement	Conducts pre-market regulatory review of human and veterinary drugs, biologics, genetic therapies, medical devices, natural health products and foods; continues to improve the timeliness, transparency and predictability of its pre-market reviews of health products, benchmarking them against leading international practices, while maintaining Health Canada's high safety standards.
Information, Education and Outreach on Health Products, Food and Nutrition	Supports informed decisions and healthy choices by consumers, patients and health professionals through a broad range of activities linked to health products and food, including nutrition policies and standards such as *Canada's Food Guide to Healthy Eating*.
Monitoring Safety and Therapeutic Effectiveness and Risk Management	Enhances post-market surveillance of safety and therapeutic effectiveness by collecting information on adverse reactions to health products in Canada; identifies and assesses health and safety risks and alerts the public to any problems; conducts compliance activities to ensure that health products available in Canada meet Canadian and international standards for safety, quality and efficacy.
Transparency, Public Accountability and Stakeholder Relationships	Continues to strengthen transparency, openness and accountability through increased public involvement initiatives and improved planning and reporting initiatives

Executive Summary

Canadians continue to demonstrate a high level of satisfaction with the safety of the health products and food they consume. As the federal authority responsible for the regulation of health products and food, Health Canada plays a fundamental role in contributing to public confidence by evaluating and monitoring the safety, quality and effectiveness of the thousands of drugs, vaccines, medical devices, natural health products and other therapeutic products available to Canadians, as well as the safety and quality of the foods we eat. Our legislated mandate includes ensuring that veterinary drugs sold in Canada are safe and effective for animals, and that the foods derived from animals treated with those drugs are safe. Health Canada also promotes the health and well-being of Canadians through a broad range of activities linked to health products and food.

Programs and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
Pre-market Regulatory Evaluation and Process Improvement	Conducts pre-market regulatory review of human and veterinary drugs, biologics, genetic therapies, medical devices, natural health products and foods; continues to improve the timeliness, transparency and predictability of its pre-market reviews of health products, benchmarking them against leading international practices, while maintaining Health Canada's high safety standards.
Information, Education and Outreach on Health Products, Food and Nutrition	Supports informed decisions and healthy choices by consumers, patients and health professionals through a broad range of activities linked to health products and food, including nutrition policies and standards such as *Canada's Food Guide to Healthy Eating*.
Monitoring Safety and Therapeutic Effectiveness and Risk Management	Enhances post-market surveillance of safety and therapeutic effectiveness by collecting information on adverse reactions to health products in Canada; identifies and assesses health and safety risks and alerts the public to any problems; conducts compliance activities to ensure that health products available in Canada meet Canadian and international standards for safety, quality and efficacy.
Transparency, Public Accountability and Stakeholder Relationships	Continues to strengthen transparency, openness and accountability through increased public involvement initiatives and improved planning and reporting initiatives.

Executive Summary

Canadians continue to demonstrate a high level of satisfaction with the safety of the health products and food they consume. As the federal authority responsible for the regulation of health products and food, Health Canada plays a fundamental role in contributing to public confidence by evaluating and monitoring the safety, quality and effectiveness of the thousands of drugs, vaccines, medical devices, natural health products and other therapeutic products available to Canadians, as well as the safety and quality of the foods we eat. Our legislated mandate includes ensuring that veterinary drugs sold in Canada are safe and effective for animals, and that the foods derived from animals treated with those drugs are safe. Health Canada also promotes the health and well-being of Canadians through a broad range of activities linked to health products and food,

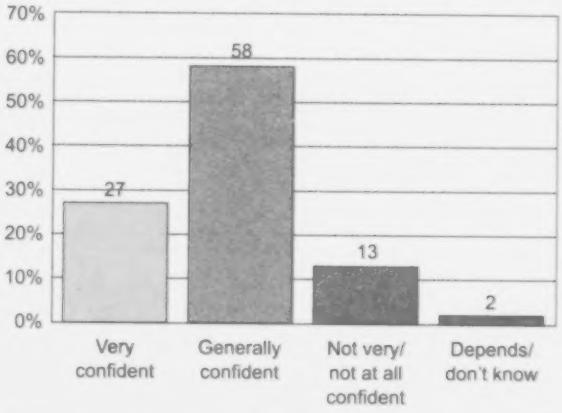
including nutrition policies and standards such as *Canada's Food Guide to Healthy Eating*. In all these areas, we work closely with other partners such as the provinces and territories, health care providers, industry and with Canadians themselves.

This year, Health Canada embarked on a rigorous process to develop its three-year strategic plan for health products, food and nutrition – an ambitious agenda that builds on current achievements in five key areas: 1) transforming our efficiency, effectiveness and responsiveness as a regulator, 2) providing authoritative information to support healthy choices and informed decisions by Canadians, 3) increasing our responsiveness to public health issues and our vigilance over safety and therapeutic effectiveness, 4) improving our transparency, openness and accountability to strengthen public and stakeholder relationships, and 5) building a flexible organization that has the capacity to fulfill its mandate and priorities in a changing environment.

The Health Products and Food Strategic Plan objectives are fully integrated with key elements of the Government of Canada's Therapeutics Access Strategy. In the first year of the Strategy, Health Canada embarked on an integrated package of initiatives focussed on improving regulatory performance, including the timeliness and transparency of the pre-market review process, enhancing post-market surveillance activities and establishing linkages between regulatory activities and broader health system impacts through optimal drug therapy.

Achievements include a reduction of 62 percent in the human pharmaceutical submission backlog – the result of strategic investments in all aspects of regulatory process management. Significant steps have also been taken in the development of modern and innovative approaches to regulation of health products and food, including flexible, risk-based policies, regulations and safety standards in areas such as human cells, tissues and organs for transplantation, medical devices, vitamin and mineral addition to foods, natural health products, and antimicrobial resistance.

Confidence in Prescription Drug Safety Systems and Safeguards



Source: Decima, December 2003

An increasingly global regulatory environment demands stronger links and closer collaboration with our international partners. To this end, Health Canada signed a Memorandum of Understanding with the U.S. Food and Drug Administration and implemented a Trilateral Charter with the U.S. and Mexico. Good science remains at the heart of our mandate – through our regulatory research on SARS vaccines, including hosting an international workshop on SARS vaccines and immunotherapy products in August 2003, Canada is now recognized as a world leader in this field.

Health Canada provides authoritative information on both the risks and benefits of what we regulate, recognizing the important role Canadians play in the management of their own health. Efforts this year focussed on improving and expanding our collection and distribution of information on food, nutrition, and the safety and risks of therapeutic products. New guidelines

for industry on developing drug information for the public, a nutrition education campaign, new guidelines for body weight classification and an evaluation, through national public opinion research, of our risk communications tools are among the variety of measures we undertook this year to support healthy choices and informed decisions by health professionals and consumers.

More details on activities and results are available through the *Health Products and Food Branch Annual Performance Report* at: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_e.html.

Priority 1: Improve operational effectiveness and strengthen service to Canadians

The first objective of the Therapeutics Access Strategy is to improve regulatory performance, including timeliness and transparency, benchmarked against leading international practices, while maintaining Health Canada's high standards of safety. Progress has been made in enhancing the quality of the pre-market review process through interrelated mechanisms: project management, good guidance practices and good review practices. These initiatives bring greater consistency, predictability and efficiency to the review process and overall management of the workload. As of March 31, 2004, the backlog of human pharmaceutical submissions had been reduced by 62 percent compared to 2003.

To support the federal government's ongoing commitment to smart regulation and Health Canada's Sustainable Development Strategy, we continued to develop and apply innovative approaches to the regulation of health products and food, including flexible, risk-based policies, regulations and safety standards in areas such as human cells, tissues and organs for transplantation, medical devices, vitamin and mineral addition to foods, and antimicrobial resistance. In addition, Health Canada introduced the Natural Health Products Regulations to regulate entities which manufacture, package, label, import or distribute natural health products. Starting January 1, 2004, Health Canada began receiving and reviewing applications for approximately 50,000 natural health products currently available on the Canadian market.

Science and technology are essential in the delivery of regulatory and public health mandates - from policy development, the scientific evaluation of health products and food, risk assessments, compliance testing, and nutrition surveillance to research on food pathogens and pharmacogenomics. Through in-house activities and partnerships with research organizations and universities, we continued to conduct risk and benefit assessments of health products, food and nutrition, generated scientific evidence to guide policy and regulatory development, and supported compliance and enforcement actions.

Through expanded collaboration with international partners, we leveraged expertise and knowledge and ensured the application of sound regulatory practices and standards that are consistent with leading international standards and norms. We signed two important international cooperation agreements: a Memorandum of Understanding (MOU) with the U.S. Food and Drug Administration on November 18, 2003 and a Trilateral Cooperation Charter with the U.S. and Mexico in February 2004. These agreements, among other international cooperation activities, will allow greater information-sharing on assessments of drugs, biologics, medical devices, food safety and nutrition and foster closer collaboration to promote and improve human health. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2003/speech.htm and http://www.fda.gov/oia/charter.html.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Health Canada will speed up the regulatory process for drug approvals to ensure that Canadians have faster access to the safe drugs they need by:	
• allocating more resources to improve the timeliness, efficiency and effectiveness of Health Canada's regulatory processes with respect to human drugs and by introducing new mechanisms to improve review times of all therapeutic products; • enhancing pharmaceuticals management in the health system; • allocating additional resources to post-market surveillance and risk communication and management;	Through the Therapeutics Access Strategy (TAS), Health Canada has taken steps towards improving the regulatory system for therapeutic products and corresponding post-market factors that influence the public's access to safe and cost-effective medicines. These actions respond to important decisions outlined by the Government of Canada in the 2002 Speech from the Throne and 2003 Budget. Progress has been made in enhancing the quality of the pre-market review process through project management, good guidance practices and good review practices. Health Canada eliminated 62 percent of the backlog for human pharmaceutical submissions. This will enable an increasing proportion of reviews to be completed within performance targets in 2004-2005. We developed communication materials for the Canadian Adverse Reaction Monitoring Program and completed the Privacy Impact Analysis for the Adverse Event Reporting System. For further information, the 2003-2004 *TAS Progress Report* is available at: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_e.html.
• developing smart regulations in regard to the *Food and Drugs Act* and the *Canadian Environmental Protection Act*;	In response to the 2002 Speech from the Throne's commitment to smart regulation and in support of Health Canada's Sustainable Development Strategy, the Department introduced regulatory amendments to modernize its approach and improved its responsiveness to health and safety issues such as medical devices, food additives, establishment licences and good manufacturing practices. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_drugs_regulations_e.html.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• investing $100 million in scientific research and related science activities on food, drugs, veterinary drugs, natural health products and other therapeutics.	Through in-house activities and collaboration with universities and partners, the Department conducted a broad range of scientific research including Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE), West Nile virus (WNv), Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) vaccines, novel food, food products derived from biotechnology, food allergens, antimicrobial resistance in food-producing animals, natural health products, blood safety, and human cells, tissues and organs transplantation. We also undertook related science activities as defined by the Government of Canada, including regulatory studies, risk assessment and standard setting, policy studies, product evaluation/pre-market review, data collection and surveillance, inspection, investigation and compliance, information services and education, training and development. For further information, *Our Science, Our Health - A Report from the Health Products and Food Branch* 2003 is available at: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/hpfb_report_e.html.

Priority 2: Protect the people of Canada against risk factors related to health products and food

Collecting information on adverse reactions to health products enables regulators to address unforeseen risks associated with these products once they reach the marketplace. To this end, Health Canada strengthened its surveillance over health product safety and completed a plan to conduct preparatory work and consultations with stakeholders for establishing two new Adverse Reactions Reporting Centres, one in each of Manitoba and Alberta. In addition, we established a pharmacovigilance unit and database to monitor adverse incidents associated with veterinary drugs. We also increased compliance activities associated with adverse reactions and human cell, tissue and organ transplantation. In order to ensure essential operations and services are maintained during emergencies, we further strengthened our emergency preparedness and business continuity capacity.

Following the confirmation of BSE in Canada in May 2003, we participated nationally and internationally in the development of risk management strategies to address both human and animal health concerns, including the promulgation of Food and Drug Regulations prohibiting the use of Specified Risk Material in food. We provided the focal point for technical support on human health issues to the Government of Canada response team and provided scientific and risk assessments and policy advice on a wide range of potential BSE/TSE (Transmissible Spongiform Encephalopathies) risk management measures.

In close collaboration with different levels of government, Health Canada published national safety standards on the collection, manufacture, and distribution of cells, tissues and organs, conducted a national review of related establishments, and increased awareness on the latest regulatory developments with key stakeholders.

Health Canada also conducted consultation to solicit input on the revised *Guidelines for the Safety Assessment of Novel Foods Derived from Plants and Microorganisms* and on several other issues related to the regulation of novel foods.

In May 2003, we brought together stakeholders to share information and discuss the human health implications of antimicrobial resistance and risk management approaches for the use of antimicrobial agents in veterinary medicine and livestock production.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Reduce the potential risk of health products and food by:	
• increasing surveillance, inspection, investigation and introducing new regulations and strengthening emergency preparedness capacity;	The Department strengthened its surveillance over health product safety, increased compliance activities associated with adverse reactions and human cells, tissues and organs transplantation. The Department also strengthened its emergency preparedness and business continuity capacity. For further information, the *Health Products and Food Branch Annual Performance Report* is available at: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_e.html.
• introducing new standards for the manufacturing of active pharmaceutical ingredients used in Canada and for the manufacturing of finished pharmaceuticals;	The Department identified and analyzed options to address the major elements of the new regulatory framework for active pharmaceutical ingredients used in Canada. We anticipate that the proposed regulations will be published in *Canada Gazette* Part I in 2004-2005. The extension of Good Manufacturing Practices to active ingredients ensures the overall quality and consistency of marketed drug products. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/inspectorate/acti_pharm_ingre_e.html.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• pursuing national safety standards and regulatory frameworks on the collection, manufacture and distribution of cells, tissues and organs, and products derived from them;	In collaboration with the Canadian Standards Association, other levels of government and partners, the Department put in place national safety standards for human cell, tissue and organ transplantation. National review was also undertaken to enforce compliance with these standards. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/bgtd-dpbtg/index_regulatory_e.html#CTO.
• developing and implementing new policies and procedures on how safety assessments are performed for food derived from biotechnology;	Health Canada played a key role in the development and implementation of international policies and procedures for assessing the safety of genetically modified food through the Codex Alimentarius Commission. We also worked with the Canadian General Standards Board to solidify voluntary labelling standards, including criteria for labelling, clear messages for consumers, and a consistent policy to verify label accuracy. We also revised domestic *Guidelines for the Safety Assessment of Novel Foods* and consulted key stakeholders on issues related to their regulation. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/mh-dm/ofb-bba/nfi-ani/e_consultation_guidelines01.html.
• undertaking consultations with stakeholders and investing about $1 million in research and surveillance activities related to antimicrobial resistance policy.	In May 2003, the Department conducted stakeholder consultation on antimicrobial resistance and risk management approaches for the use of antimicrobial agents in veterinary medicine and livestock production. For further information please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/vdd_antimicrobial_report_e.html. The Canadian Integrated Program for Antimicrobial Resistance Surveillance monitors trends in the development of antimicrobial resistance in selected bacterial organisms from human, animal and food sources. Their first annual report offers the most current, valid data on antimicrobial resistance in human, animal and food sources across Canada. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/cipars-picra/exec_e.html.

Priority 3: Provide information and tools to assist the people of Canada in making healthy choices

An important way for governments to improve the public's overall health and well-being is to support them in their efforts to manage their own health through informed and healthy choices. Through the Therapeutics Access Strategy, Health Canada released a revised *Guidance for Industry: Product Monograph* on October 1, 2003. Product monographs prepared using the revised guidance will provide health professionals with the information they need to make informed decisions. In addition, the new format is expected to help the consumer understand what the medication is, how to use it, and what the potential side effects are in plain language.

Providing useful and authoritative information on health products, food and nutrition is vital from a public health perspective. For instance, Health Canada increased awareness of the new nutrition information on food labels, updated *Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults*, and conducted a review of *Canada's Food Guide to Health Eating*, including sharing key findings with stakeholders.

Effective and meaningful public involvement is essential to enable Health Canada to fulfill its legislative mandate, deliver programs, launch new initiatives and build public trust. We interacted with approximately 100 consumer and public groups on a variety of health and safety issues. These included health products and food sectors, disease and patient groups, consumer groups, seniors, women and organizations with other public health interests. We gathered input and received advice on a wide range of health and safety issues, such as legislative renewal, communicating drug safety information, the drug approval process, nutrition labelling, food irradiation, review of *Canada's Food Guide*, biotechnology and risk communication.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
The Department will provide more information on the health products and food Canadians consume by:	
• requiring drug manufacturers to provide easy-to-understand information about their drug products;	Through the Therapeutics Access Strategy, the Department adopted a phased-in approach to implement the new guidelines on product monographs for industry. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/product_monograph_e.html.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• making available resources, including tools for educators, to raise awareness of nutrition labelling, nutrition content claims and health claims on foods;	The Nutrition Labelling Toolkit for Educators has been developed specifically for dietitians and other health providers to help them inform Canadians about nutrition labelling. A distinct toolkit has aiso been developed for educators working with First Nations and Inuit communities. Over 140,000 copies of the *Nutrition Labelling Tearsheet for Consumers* and over 6,000 posters were disseminated. In addition, over 1,000 First Nations and Inuit Toolkits were distributed. With this new information, Canadians will be able to make more informed food choices, compare products more easily, assess the nutritional value of foods and better manage special diets. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/labelling-etiquetage/education_e.html.
• updating and sharing information on healthy weights and revising the *Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults*;	The Department distributed 3,900 copies of the *Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults* report and more than 85,000 Quick Reference Tools to health professionals and educators to increase public awareness. For further information, please visit the Health Canada website: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/cg_bwc_introduction_e.html. The Department also provided leadership and input into the development of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, which was endorsed at the World Health Assembly in May, 2004.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• reviewing, updating and promoting *Canada's Food Guide to Healthy Eating*;	A review of *Canada's Food Guide to Health Eating* was conducted to assess whether the guidance continues to promote a pattern of eating that meets nutrient needs, promotes health and minimizes the risk of nutrition-related chronic disease. The findings of the review were presented on January 20, 2004 at a national stakeholder meeting. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_e.html.
• increasing the number of paper and electronic communications to Canadians and the health sector about developments in health products and food;	The Department published four issues of the *Canadian Adverse Reaction Newsletter* of which 92,000 copies were disseminated to health professionals. The Newsletter is an important vehicle for stimulating reporting of adverse events on particular issues of current concern. It is also available on Health Canada's website and through electronic mailing to approximately 8,000 subscribers. A total of 75 Health Professional Communications and Public Advisories on the safety of marketed health products were posted to the Health Canada website in 2003-2004, a continuing expansion of risk communications to the public. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_adverse_newsletter_e.html.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• engaging industry, university and other research leaders and the public to share information on the Department's overall regulatory requirements, policies, procedures and standards on food and health products.	The Department interacted with approximately 100 consumer and public groups, engaged advisory committees including the Health Products and Food Public Advisory Committee and Advisory Committee for Management, and gathered valuable input on a wide range of health and safety issues from the perspective of Canadians. We also conducted two multi-stakeholder consultations and brought together consumer, patient, and industry groups to discuss present perspectives on improvements to the regulatory system for therapeutic products for presentation to the Minister and Deputy Minister of Health. These consultations informed elements of the action plan for the Therapeutics Access Strategy and led to specific commitments to improve the transparency, openness and accountability of regulatory activities. For further information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/ocapi-bpcp/index_e.html. and http://www.ppforum.ca/ow/ow_e_05_2003.htm.

Strategic Outcome:

Healthier Environments and Safer Products for Canadians

Canada's Performance -
Theme and Horizontal Area:
Health - Healthy population
Environment - Canada's environment is protected and restored from pollution

Objective

Promote healthy living, working and recreational environments, and ensure the safety and efficacy of producer and consumer products in the Canadian marketplace.

Financial Information

Millions of dollars	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Gross expenditures	208.7	222.6	215.1
Revenues	(9.8)	(9.8)	(8.6)
Net expenditures	198.9	212.8	206.5*

* This represents 17.6 percent of the Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- funding directed towards the renewal of Canada's Drug Strategy
- funding to improve the capacity to meet legislative obligations established under the *Canadian Environmental Protection Act* (CEPA)
- funding for the Border Air Quality Strategy (BAQS)
- funding for the Federal Contaminated Sites Accelerated Action Plan

The actual spending is $6.2 million lower than total authorities mainly due to:

- year end adjustments of Department of Justice expenditures
- operating lapses in various programs

Intermediate Outcomes

- Reduced health and environmental risks from products and substances; safer living and working environments.
- Improved health related decision-making for Canadians, health practitioners and industry.
- People of Canada have increased confidence in health related programs and strategies.

Immediate Outcomes

- Enhanced compliance with regulations, standards and guidelines.
- Increased awareness and knowledge of key health and regulated products issues relating to healthy and safe living, working and recreational environments.
- Enhanced involvement of stakeholders.
- Improved scientific knowledge and capacity (research, data) in order to support evidence-based decision-making.

Priorities

- Reduce risks to health and safety, and improve protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation-emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology.
- Reduce health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol and other controlled substances.

Program, resources and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
Workplace Health and Public Safety	Contributes to the health and safety of federal and other Canadian workers, visiting dignitaries and the travelling public in Canada through the following: • on behalf of the Treasury Board, administration of the Public Service Health Program and provision of Employee Assistance Services to federal departments, agencies and public sector employers; • water, food and general sanitation inspections on common carriers (air, rail, marine) and their ancillary services; • a pan-Canadian strategy for workplace health; • health contingency planning for international state visits, summits or events.
Safe Environments	Promotes healthy living, working and recreational environments by identifying and assessing health risks to Canadians posed by environmental factors. Carries out scientific research supporting development of national risk management strategies that reduce risks to human health from the environment and achieve: • clean, safe and reliable drinking water for all Canadians; • increased health benefits through improved air quality; • better knowledge on health effects of climate change; • protection from environmental and occupational radiation.
Product Safety	Assists in the protection of Canadians by researching, assessing and collaborating in the management of health and safety hazards associated with: • consumer products • cosmetics • workplace chemicals • new chemical substances • products of biotechnology • radiation-emitting devices • environmental noise • solar UV radiation

Program, resources and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
Workplace Health and Public Safety	Contributes to the health and safety of federal and other Canadian workers, visiting dignitaries and the travelling public in Canada through the following: • on behalf of the Treasury Board, administration of the Public Service Health Program and provision of Employee Assistance Services to federal departments, agencies and public sector employers; • water, food and general sanitation inspections on common carriers (air, rail, marine) and their ancillary services; • a pan-Canadian strategy for workplace health; • health contingency planning for international state visits, summits or events.
Safe Environments	Promotes healthy living, working and recreational environments by identifying and assessing health risks to Canadians posed by environmental factors. Carries out scientific research supporting development of national risk management strategies that reduce risks to human health from the environment and achieve: • clean, safe and reliable drinking water for all Canadians; • increased health benefits through improved air quality; • better knowledge on health effects of climate change; • protection from environmental and occupational radiation.
Product Safety	Assists in the protection of Canadians by researching, assessing and collaborating in the management of health and safety hazards associated with: • consumer products • cosmetics • workplace chemicals • new chemical substances • products of biotechnology • radiation-emitting devices • environmental noise • solar UV radiation

Program, resources and results linkages: (continued)

Program	Result Linkage
Tobacco Control	Develops and implements initiatives to reduce or prevent the use of tobacco or the harm associated with continued tobacco use by various methods such as: • prevention and cessation education; • regulation and compliance; • research, evaluation and surveillance; • mass media campaigns. Leads the Federal Tobacco Control Strategy by coordinating with federal/provincial and other partners.
Drug Strategy and Controlled Substances	Manages the *Controlled Drugs and Substances Act* and its Regulations including: • providing national leadership for Canada's Drug Strategy; • regulating access to controlled substances and preventing the diversion of these substances for illegal purposes; • promoting initiatives that prevent or reduce the harm associated with controlled substances and alcohol; • providing Canadians with information to facilitate knowledgeable health and lifestyle decisions; • partnering with provinces/territories to facilitate access to treatment and rehabilitation services; • funding clinical research on the use of marijuana for medical purposes and monitoring trends and patterns of illicit drug use in Canada; • delivering drug analysis services in support of the criminal justice system.

Executive Summary

Under this Strategic Outcome, Health Canada has a mandate to address many elements of day-to-day living that have an impact on the health of Canadians. These include drinking water safety, air quality, radiation exposure, substance use and abuse (including alcohol), consumer product safety, tobacco and second-hand smoke, workplace health, and chemicals in the environment. We are also engaged in other health and safety related activities, including the Government's public safety and anti-terrorism initiatives, inspection of food and potable water for the travelling public, and health contingency planning for visiting foreign dignitaries. Our broad national mandate flows from legislation including the *Food and Drugs Act*, the *Controlled Drugs and Substances Act*, the *Hazardous Products Act*, the *Canadian Environmental Protection Act*, the *Tobacco Act* and others. Our results are delivered through partnerships and by an active presence throughout every region of the country.

Our work is important to Canadians. Every year, for example, an estimated 45,000 Canadian deaths are attributable to tobacco use; up to 4,500 deaths are caused by radiation exposure; 230,000 preventable injuries involve consumer products; over $9 billion in health, social, and economic costs can be attributed to alcohol and drug abuse; and tobacco use causes a staggering $3.5 billion in direct health care costs, and $11.5 billion more in indirect costs.

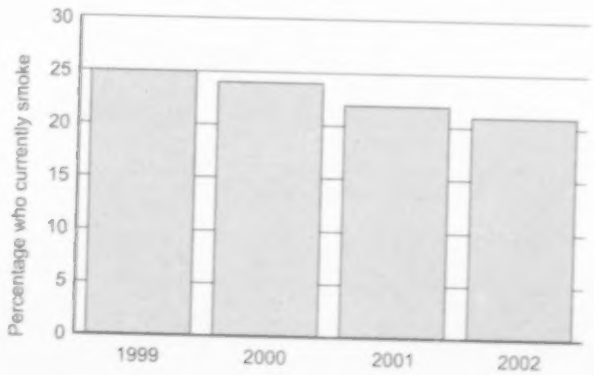
During 2003-2004, we continued to carry out our mandate and generally met or exceeded the commitments we made in the Report on Plans and Priorities for the year, in line with planned resources. We fulfill our responsibilities in accordance with the principles of sustainable development, to promote economic, social, cultural and environmental objectives.

Many of our notable achievements drew on our science work. We exceeded our commitment under the *Canadian Environmental Protection Act* for categorizing more than 2,000 substances on the Domestic Substances List in terms of the potential for human exposure. This is precedent setting internationally and has also spurred our innovation in rapidly identifying and assessing existing and new environmental contaminants that may pose the greatest risk to human health. Our risk management initiatives helped support new regulations, aimed at reducing the lead content in specific consumer products and helping consumers avoid cosmetic products with ingredients to which they are sensitive.

We continued to work strategically with many federal departments, and other partners in Canada and abroad, to expand our scientific, policy and program base. We initiated plans to position workplace health as a strategic means to improve the health of Canadians.

- Research demonstrates that our strategies and programs, supported by close partnerships with provinces, territories, and communities, are successful in reducing the use of tobacco products by Canadians. While much remains to be done, evidence indicates that we are achieving the goals set out in the Federal Tobacco Control Strategy (FTCS). Today, only 21 percent of all Canadians smoke, and they are smoking fewer cigarettes per day. Most significant is the decline in smoking prevalence among youth (15-19 years) from 29.15 percent in 1996 to below 20 percent in 2003. Another achievement is the successful defence of the *Tobacco Act* against a tobacco industry challenge.

Smoking Prevalence in Canada, 1999-2002



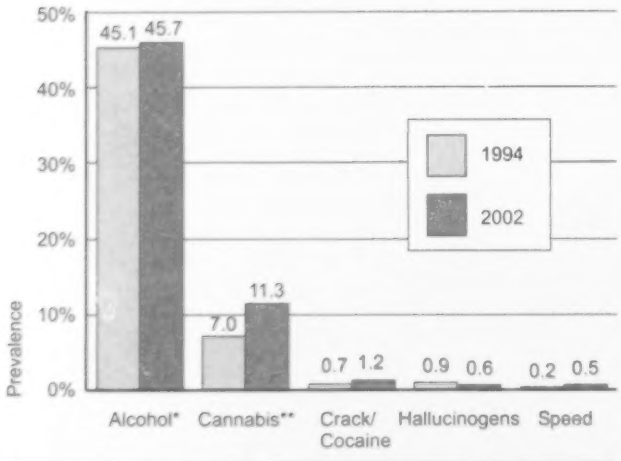
Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, 1999-2002

The success of our strategies under the *Tobacco Act* to reduce the use of tobacco products was supported by close partnerships with provinces, territories, and communities and sound research showing a decrease in smoking rates, as well as illustrating the effectiveness of specific approaches.

The renewal of Canada's Drug Strategy in May 2003 underscored the increasing significance of the issue and enabled us to embark upon a new, comprehensive approach.

As the federal lead Department on the Strategy, we collaborated with our government partners and stakeholders to address drug, alcohol, and other substance abuse and to support treatment and rehabilitation.

Selected Indicators of Alcohol and Drug Use in Past 12 Months, Canada, 1994-2002



Source: Canadian Alcohol and Other Drugs Survey, 1994; Canadian Community Health Survey 1.2, 2002.
* Respondents who reported having 5 or more drinks on one occasion in the past year
** Does not include one-time usage.

We made strides in addressing rising public concerns regarding health and safety. We improved our emergency response capacity to deal with the health impacts of major disasters, including those related to terrorism and nuclear events, and we took valuable lessons for emergency preparedness from our experience in dealing with the August 2003 Ontario electrical blackout. We also responded to an increased demand for employee assistance programs by public sector organizations across the country, often the front line emergency workers.

Our grants and contributions to partners increased our reach and furthered our goals and objectives. We invested strategically nearly $30 million in transfers to provinces and territories and to non-profit domestic and international organizations to help achieve our objectives under the Tobacco Control Strategy and the renewed Canada's Drug Strategy.

Finally, we responded to the call for better stewardship of resources and increased accountability through internal improvements to modernize management processes in accordance with the principles of Treasury Board's Management Accountability Framework.

Performance Summary by Priority

Priority 1: Reduce risks to health and safety, and improve protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation-emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology.

Work under this priority focussed on Health Canada's broad range of ongoing regulatory activities for identifying, assessing and managing health risks to Canadians posed by hazards in our environment, homes and workplaces. Many of these activities integrated the commitments we made under the departmental Sustainable Development Strategy.

Managing environmental health risks is an ongoing task. Each year, for example, we analyze more than 460,000 dosimeters for radiation exposure, covering 95,000 Canadian workers; evaluate 1,100 new chemical substances; and review over 150 health risk assessments in support of the effort to clean up federal contaminated sites. During 2003-2004, we also completed 10 air quality assessments, 45 environmental assessments and provided

advice on human health impacts of 180 large scale projects, such as highways and mines. We carried out research and developed tools to address health impacts of indoor and outdoor air pollution, and worked with the U.S., as part of the Border Air Quality Strategy, to manage cross-border air quality issues. In collaboration with federal, provincial, and territorial partners, we developed five new guidelines for contaminants in water, provided expert advice for drinking water quality and coordinated efforts for managing prairie water issues. We also identified eight significant human health concerns related to climate change, including increased smog episodes and extreme weather events. Under the *Canadian Environmental Protection Act*, we furthered our research to identify human health risks of existing and new substances in the environment and developed risk assessment and management strategies to limit human exposure to toxic substances.

We continued to improve product safety for Canadian consumers. We performed 5,800 inspections, recalled 120 unique product lines and carried out close to 800 seizures. In our laboratories we tested 380 consumer products, and completed about 40 research projects, related to consumer complaints investigations and laboratory methodology development. We also issued 12 warnings or advisories regarding unsafe products. In the area of consumer clinical and radiation protection, we inspected more than 250 x-ray devices/installations used for medical, dental, industrial, research, and security applications.

In addition, Health Canada developed regulations requiring mandatory disclosure of ingredients in all cosmetics sold in Canada according to the International Nomenclature for Cosmetic Ingredients (INCI) and new regulations reducing lead content in consumer products such as metal candle wicks and children's toy jewellery. We also began the implementation of the Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals, adopted by the United Nations in July 2003, to improve protection from poisoning and exposure to harmful chemicals.

Health Canada provided occupational health services to 69 federal departments and agencies and 160 Canadian missions abroad. We improved our Employee Assistance Program, a confidential counselling service provided to some 122 public sector organizations across Canada. There has been a 43 percent increase in the utilization of the program, indicating its value across the public sector. We also helped protect the health of millions of travellers who come to Canada by conducting some 610 environmental health inspections (i.e. food, water, and general sanitation) on air, rail and marine conveyances. Our measures were instrumental in preventing Norwalk-type virus outbreaks on cruise ships in 2003.

We responded to growing concerns about work-related illness and injury and associated health care costs and productivity loss in Canada. We collaborated on the implementation of national guidelines to reduce hearing loss in the workplace. With partners and stakeholders, we developed a national compliance strategy and a national inspection training plan to protect Canadian workers from hazardous materials in the workplace. We also initiated the development of a Pan-Canadian Workplace Health Strategy to improve the health of Canadians.

To better respond to nuclear-radiological emergencies, Health Canada led and participated in exercises for front line response personnel, including a joint exercise between Canada and the U.S. based on a potential concurrent "dirty bomb" and biological attack. We invested in monitoring, surveillance, and protective equipment and training to improve our ability for detection and protection in the event of a nuclear-radiological emergency. We enhanced our general readiness by recruiting dedicated staff, and establishing a national Psycho-Social Emergency Response Team

to respond to emergencies affecting federal workers and workplaces. We also played a major role in managing the Avian influenza outbreak in British Columbia by conducting 148 employee medical assessments, providing support to the emergency operations centre and ensuring that all employees at any risk of exposure to the virus were provided with ongoing prophylactic treatment, monitoring, and care.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Safe Environments Program (SEP) As part of the Federal Nuclear Emergency Plan, enhance Canada's ability to respond to emergencies by investing approximately $3 million annually to undertake training and simulation exercises with the provinces and territories to test emergency preparedness; purchase radioactive contamination detection and protection equipment for workers;	***Completed*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/sep Cost: $3 million http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/neprd
Product Safety Program (PSP) work on a means of more quickly assessing radiation exposure of large populations in the case of nuclear events.	***Ongoing*** – first year of a four year research initiative http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/psp
SEP With provinces and territories, update and disseminate new water quality guidelines, encourage their use, and continue to provide expert advice on drinking water to federal, provincial and territorial partners and stakeholders such as the Canadian Water and Waste Water Association.	***Ongoing*** – five guidelines approved for public consultation. Cost: $2.7 million http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/water Performance indicator featured in HC Performance Measurement Framework: Raise awareness of drinking water quality issues among stakeholders and the public - ongoing.
Commitment in Sustainable Development (SD) Strategy 2000: Develop or update at least six drinking and recreational water quality guidelines, in collaboration with the provinces and territories, by the end of March 2004.	***Ongoing***

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
SEP Improve air quality by developing tools to quantify its health impact; by continuing to work with the United States in addressing cross-border air quality issues; and by identifying research agenda policies, programs and steps.	***Ongoing, completed*** Cost: Indoor and outdoor air quality – $3 million http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/air_quality/publications/tools_school/toc.htm **Ongoing** – cross-border air quality issues Cross-Border Air Quality Strategy – The Government of Canada has committed $40 million over two years to implement two pilot projects and enhance Canada's Clean Air Agenda.
Commitment in SD Strategy 2000: Complete at least two studies on the health impacts of indoor and outdoor air pollution by the end of March 2004.	***Exceeded*** – five studies carried out on the health impacts of indoor and outdoor air pollution. http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/113/6/e628
Commitment in SD Strategy 2000: Assess and manage at least one risk to children's health from the environment in collaboration with key partners and stakeholders by the end of March 2004.	***Completed*** – assessment stage Performance indicator featured in HC Performance Measurement Framework: Increased awareness of Canadians and health professionals of risks posed by air pollution – ***ongoing***. http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/air_quality/resources.htm
SEP Follow-up on a strategy for assessing and managing the health risks of climate change.	***Ongoing*** – strategy development Cost: $700,000 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ccho/

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Commitment in SD Strategy 2000: Develop a web page and/or database on climate change and health to increase awareness of these issues among federal departments by the end of March 2004.	***Completed*** – responded to over 200 web and telephone inquiries on indoor air issues. External Research Networks – Partnerships Established: Health Effects of Extreme Weather Events Institute for Catastrophic Loss Reduction www.iclr.org/research/research_network.htm Air Pollution-related Health Effects New Brunswick Lung Association www.climateairhealth.ca Health Effects of Water and Food-borne Contamination Health Canada's Centre for Disease Prevention and Control www.eccho.ca/networks.asp Health Effects of Vector-borne and Zoonotic Diseases Health Canada's Centre for Disease Prevention and Control www.eccho.ca/networks.asp Population Vulnerabilities in Rural and Urban Communities Centre hospitalier de l'Université Laval www.chuq.qc.ca/oms/cc
SEP Collaborate with Environment Canada to consolidate knowledge on environmental threats to human health and transfer it to developing nations.	***Completed*** Cost: Included in $13 million in CEPA funding – see next item.
Commitment in SD Strategy 2000: Promote and participate in international agreements, charters, and programs on health, environment and sustainable development.	***Ongoing, completed*** Partnerships and collaborations established to work with developing countries on environmental threats to human health. http://cec.org/files/pdf/POLLUTANTS/RACEHW-feb03_en.pdf http://www.who.int/ifcs/Documents/Forum/ForumIV/Meeting_docs/Working_docs/09w-F4_en.pdf

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
SEP Support the *Canadian Environmental Protection Act* (CEPA) and meet concerns expressed by the Commissioner of the Environment and Sustainable Development by identifying toxic substances and developing strategies to limit or control human exposure to such substances.	***Ongoing*** Cost: $13 million
Commitment in SD Strategy 2000: Categorize 2,000 of the 23,000 substances on the Domestic Substances List (DSL) under the *Canadian Environmental Protection Act* in terms of the potential for human exposure or inherent toxicity by the end of March 2004.	***Exceeded***
Commitment in CEPA legislation: Categorize 23,000 substances on the Domestic Substances List by September 13, 2006.	***On track*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/exsd/categorization_dsl_human_exposure.htm
Commitment in SD Strategy 2000: Under the *Canadian Environmental Protection Act*, assess the health risks of 50 existing substances, including reassessing two substances on the Priority Substances List and five that have been controlled by another OECD member country by the end of March 2004.	***Ongoing*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/exsd/screening_assessment_of_existing_sub.htm

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Commitment in SD Strategy 2000: Identify options to manage the health risks of at least 10 substances declared "toxic" under the *Canadian Environmental Protection Act* by the end of March 2004.	***Exceeded*** In fiscal year 2003-2004, 11 risk management strategies were completed, http://www.ec.gc.ca/TOXICS/EN/mainlist.cfm?par_actn=s2. 30 control instruments are under development or are completed, http://www.ec.gc.ca/CEPARegistry/regulations/default.cfm 34 consultations were completed, http://www.ec.gc.ca/CEPARegistry/participation/archives/default.cfm?intYear=2003. National Pollutant Release Inventory http://www.ec.gc.ca/pdb/npri/npri_dat_rep_e.cfm#search and Canada-Wide Standards on Mercury http://www.ec.gc.ca/MERCURY/MM/EN/mm-cws.cfm?SELECT=MM and controls are being negotiated under the strategic options process (SOP 1). http://www.ec.gc.ca/ceparegistry/documents/part/code/dcm/preface.cfm
SEP During 2003-2004, the Alberta/Northwest Territories and Manitoba/Saskatchewan regional offices will work with Environment Canada to develop a common approach to federal strategies on prairie water issues.	***Ongoing***
SEP Accelerate the clean-up of federal contaminated sites.	***Ongoing*** Under the Federal Contaminated Sites Accelerated Action Plan (FCSAAP), HC has $4 million funding per year until 2007-2008.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Commissioner of the Environment and Sustainable Development Report 2002:	
Comments: Concern that the Government does not have a full picture of the risks to human health or the cost of dealing with the contaminated sites.	***Progress:*** Health Canada works with various partners on contaminated sites issues and is a member of the Contaminated Sites Management Working Group, the Warfare Agent Disposal Working Group, the Northern Orphaned and Abandoned Mines Initiative, the CCME Soil Quality Task Group and the FCSAAP ADMs' Steering Committee. The 2003 HC *Contaminated Sites Annual Progress Report* is also available upon request from cs-sc@hc-sc.gc.ca. A list of federal contaminated sites can be found on the Federal Contaminated Sites Inventory at: http://publiservice.tbs-sct.gc.ca/dfrp-rbif/cs-sc/home-accueil.asp?language=en. The 2003 and 2004 Federal Budgets identified a total of $3.5 billion over 10 years to accelerate the management and remediation of federal contaminated sites. http://www.tbs-sct.gc.ca/report/sds-sdd/0406/sds-sdd1_e.asp Under the FCSAAP, Health Canada will provide technical and expert advice to an ADMs' Steering Committee and to custodial departments on human health risks for federal contaminated sites. Other key departments in the assessment and ranking of sites are Environment Canada and Fisheries and Oceans Canada.
PSP Reduce health risks and environmental concerns associated with chemical substances, biotechnology products, and cosmetic ingredients by implementing regulatory controls as required by CEPA and the *Food and Drugs Act* and in support of Health Canada's Sustainable Development Strategy.	***Completed*** Cost: $2.7 million http://www.hc-sc.gc.ca/ear-ree/ http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/nsac/index.htm

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
PSP Reduce lead content found in selected consumer products and their adverse effects on Canadian children by publishing regulations under the *Hazardous Products Act*.	***Ongoing, completed*** The Children's Jewellery Regulations and Candles Regulations were pre-published in *Canada Gazette*, Part I on November 22, 2003. http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cps/whatsnew.htm
PSP Improve protection from poisoning incidents and harmful chemical exposure by proposing new regulations for labelling cosmetic products and by implementing the initiation of the Globally Harmonized System for Classification and Labelling Chemicals.	***Ongoing, completed*** International Nomenclature for Cosmetics Ingredients Regulations http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cosmetics/proposed_amend_cosmetic_regs.htm http://www.hc-sc.gc.ca/english/about/ghs/index.html
PSP Reduce noise-induced hearing loss in the workplace by promoting the implementation of national guidelines on Noise Emission Declaration for Machinery.	***Ongoing*** http://www.csa-intl.org/onlinestore/GetCatalogItemDetails.asp?mat=000000000002014334
PSP Provide greater protection of workers from the dangers of hazardous workplace materials through the on-going management of the Workplace Hazardous Materials Information System.	***Ongoing*** http://www.hc-sc.gc.ca/whmis
Workplace Health and Public Safety Program (WHPSP) Lead the development and promotion of a multi-year National Healthy Workplace policy agenda supporting the federal Innovation Agenda and recognizing that a positive workplace benefits both health and economic productivity.	***Ongoing*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/whpsp http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/workplace/index.htm http://www.grahamlowe.ca/documents/93/ http://www.neighbouratwork.com/

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Continue to provide health and safety services, as well as employee assistance services, to federal departments and agencies with a particular emphasis on supporting the physical and psychological health of federal public servants who respond to terrorist incidents.	***Ongoing*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/whpsp/employee_assist.htm Employee assistance services is a cost-recovered activity - there was a 16 percent increase in gross revenue from $5 million in 2002-2003 to $5.8 million in 2003-2004.
Physical and Psycho-Social Emergency Preparedness and Response (EPR).	***Ongoing***

Priority 2: Reduce health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol and other controlled substances.

Work under this priority emphasized Health Canada's responsibility for comprehensive programs for education, health promotion, regulation, research and surveillance, aimed at reducing Canadians' exposure to the health hazards of smoking and drug, alcohol, and other controlled substances abuse.

During 2003-2004, approximately 35,000 compliance and enforcement checks were carried out at 65,000 retail establishments across Canada under the *Tobacco Act*. New data demonstrated a continued reduction in smoking among Canadians. To build on this progress, we drew on available resources to work with partners in many ways. We supported measures that now allow Canadians in all 10 provinces to call toll-free tobacco cessation "quitlines" for advice and help in quitting smoking. We invested over $12 million to support surveys, research and monitoring of compliance with anti-tobacco laws. We also played a leadership role in the development of the Framework Convention on Tobacco Control, the first international public health treaty to combat the global tobacco epidemic. Modelled closely on Canadian laws and regulations, it sets out obligations for addressing tobacco control issues.

To increase Canadians' awareness of the harm associated with tobacco use and involuntary exposure to second-hand tobacco smoke, Health Canada spent approximately $13 million in 2002-2003 on national mass media campaigns. The focus was on smoking cessation through a series of eight ads. Evaluations of these campaigns showed them to be effective, believable and that they encouraged respondents to quit smoking. We also began laying the groundwork to reduce the fire risk presented by cigarettes by developing and introducing for consultation, regulations promoting the production of cigarettes that are less likely to ignite other objects.

Under this priority and the *Controlled Drugs and Substances Act*, we are responsible for actions to address the health and safety risks associated with the use and abuse of drugs, alcohol and other controlled substances. Funding to reduce these risks was enhanced through the renewal of Canada's Drug Strategy

(CDS) ($245 million over five years); a strategy which we lead and coordinate with many federal departments and partners. During the past year, we worked with law enforcement agencies to identify more than 92,000 seized samples of controlled substances, and provided expert testimony and advice to aid in dismantling 43 illicit drug labs. In addition, to ensure access to controlled substances for approved, legitimate purposes, we provided 1,722 methadone exemptions and 218 authorizations/exemptions for the use of marijuana for medical purposes. Funding was enhanced through the renewal of Canada's Drug Strategy ($245 million over five years), which we lead and coordinate with many federal departments and partners. As well, Precursor Control Regulations were implemented. These Regulations enhance control over the import, export, production and distribution of certain chemicals used in legitimate products such as pharmaceuticals, perfumes and household cleansers, but which can also be used to manufacture illicit drugs.

Canada's Drug Strategy also contributed funding to the Canadian Centre on Substance Abuse for a broad range of activities including generating and disseminating information/knowledge on substance use and abuse issues, formulating policies, monitoring, legislation and regulations, coordinating CDS related efforts with community/non-governmental organization stakeholders and partners and the implementation of the Canadian Addictions Survey (CAS) in all provinces. The CAS will provide baseline information on illicit drug and alcohol prevalence, consequences and attitudes of Canadians. In addition, we devoted resources ($13.9 million) to the Alcohol and Drug Treatment Program providing cost-shared funding to the provinces and territories for alcohol and drug treatment and rehabilitation services.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Tobacco Control Program (TCP) http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco Improve youth and adult access to smoking cessation programs and resources; support research and evaluation of new approaches to cessation.	***Ongoing*** http://www.gosmokefree.ca http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/youth/quit/quit.html
Continue to increase public awareness of the dangers of second-hand smoke and support provinces, municipalities and employers in implementing non-smoking policies.	***Ongoing*** *Smoke-Free Public Places: You Can Get There* for use by municipalities and communities in planning, implementing and evaluating non-smoking by-laws and policies for public places.
Work with provincial and territorial partners to renew the tobacco control research agenda.	***Ongoing***

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Undertake research, analysis and the dissemination of findings.	***Ongoing*** Cost of these surveys: $2.5 million http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/index.html Cost of this survey: $175,000 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/access03/index.html http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/factsheet.html http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/pdf/by_laws2001.pdf An MOU with British Columbia was signed to develop an electronic database. Cost: $300,000
Collaborate with international partners to finalize negotiations on the International Framework Convention on Tobacco Control.	***Completed*** http://www.who.int/features/2003/08/en/ http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2003/2003_56.htm
Reduce fire-related fatalities, injuries and property damage as a result of cigarettes and other smoking materials by strengthening regulations to promote the production of cigarettes that are less likely to accidentally ignite other objects.	***Ongoing*** – prepublished in *Canada Gazette* in May 2004; comments being analyzed. http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/legislation/rip.html
Drug Strategy and Controlled Substances (DSCS)	
Maintain support for knowledge sharing on drug, alcohol and substance abuse.	***Ongoing*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/dscs.htm www.ccsa.ca
Continue to promote effective and innovative alcohol and drug treatment and rehabilitation services through partnerships with the provinces and territories.	***Ongoing*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/partners/index.htm

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Continue to provide identification of controlled substances and dismantle illicit drug labs.	***Ongoing*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/das/
Regulate access to controlled substances for research, medical and commercial purposes.	***Ongoing*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ocs

Strategic Outcome:

Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians

Canada's Performance - Theme and Horizontal Area:
Health - Healthy population
Environment - Sustainability of Canada's natural resources and health of the ecosystems

Objective

To prevent unacceptable risks to people and the environment from the use of pest control products.

Financial Information

Millions of dollars	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Gross expenditures	42.2	46.8	46.2
Revenues	(7.0)	(7.0)	(6.6)
Net expenditures	35.2	39.8	39.6*

* This represents 3.3 percent of Health Promotion and Protection actual spending.

Variances between planned spending and total authorities are mainly due to Treasury Board approval of funding to ensure adequate implementation of the new pest control products legislation and to provide funds for activities that support and complement the new legislation.

The actual spending is lower than total authorities mainly due to year end adjustments of Department of Justice expenditures.

Intermediate outcomes

- Protected health and environment.
- Increased public and stakeholder confidence in pesticide regulation.
- Increased use of reduced-risk pest management practices and products.

Immediate outcomes

- Access to safer pesticides and pest management practices.
- Transparency of pesticide regulation.
- A regulatory system that protects health and environment.
- Safer products on the market; safer use of products.

Priorities

- Ensure safe and effective pest control products.
- Ensure compliance with the *Pest Control Products Act* (PCPA).
- Ensure sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides.

Programs and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
New Pest Control Product Registration and Decision- Making	Conduct human health, safety and environmental risk assessments, efficacy and value assessments, establish Maximum Residue Limits (MRLs) and make regulatory decisions within specified performance standards on applications to register new pest control products.
Registered Pest Control Product Evaluation and Decision-Making	Re-evaluate older pesticides on the basis of updated data and information, to determine whether, and under what conditions, their continued registration is acceptable (meet modern safety standards).
Compliance	Promote, maintain and enforce compliance with the PCPA through investigations, inspections and consultations that are coordinated with provincial and territorial governments and other federal departments.

Programs and results linkages (continued):	
Program	**Result Linkage**
Pesticide Risk Reduction	Develop and implement policies and guidelines related to pest management and facilitate the development and implementation of risk reduction strategies through partnership initiatives.
Regulatory Improvement	Develop strategic initiatives for information technology, policy development, international harmonization, legislative/regulatory change, and communication that support commitments to improve performance, transparency, and public participation while maintaining a high level of protection of health and the environment.

Executive Summary

Through the work of the Pest Management Regulatory Agency (PMRA), products that are designed to manage, destroy, attract or repel pests, whether they are used, sold or imported into Canada, are regulated under the *Pest Control Products Act* (PCPA). Our actions toward this Strategic Outcome are mandated by the PCPA: to make decisions on new pesticides that are being proposed for use in Canada; to re-evaluate older pesticides to determine if their use continues to be acceptable under today's standards for health and environmental protection; and to promote, maintain and enforce compliance with the PCPA. During 2003-2004, we fulfilled these responsibilities and initiated new tools and policies that will be critical to the implementation of the new PCPA that Parliament passed in December 2002.

We also work to minimize pesticide risks through support for sustainable pest management practices, including alternatives to pesticide use. We achieved results that supported the Health Canada Sustainable Development Strategy, and the Government On-Line initiative.

We have been leading a successful effort with the other science-based departments (Agriculture and Agri-Food Canada, Natural Resources Canada, Fisheries and Oceans Canada and Environment Canada) to coordinate research and monitoring of pesticides because of their implications for all these departments. We work closely with the United States Environmental Protection Agency (U.S. EPA) and other international agencies to seek harmonized decisions and processes. Our compliance activities often involve collaboration with the Canadian Food Inspection Agency and provincial governments.

The 2003 Report of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development (CESD), *Managing the Safety and Accessibility of Pesticides*, recognized that there have been substantial improvements in the way pesticides are regulated, and made several recommendations to further improve the pesticide regulatory system. When the new PCPA comes into force, we will be in a position to address a number of the Commissioner's longstanding concerns. The Government's responses to the Commissioner's recommendations are included in the report, which can be found at: http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/c20031001ce.html.

Intermediate outcomes

- Protected health and environment
- Increased public and stakeholder confidence in pesticide regulation
- Increased use of reduced-risk pest management practices and products

Immediate outcomes

- Access to safer pesticides and pest management practices
- Transparency of pesticide regulation
- A regulatory system that protects health and environment
- Safer products on the market, safer use of products

Priorities

- Ensure safe and effective pest control products
- Ensure compliance with the *Pest Control Products Act* (PCPA)
- Ensure sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides

Programs and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006

Program	Result Linkage
New Pest Control Product Registration and Decision-Making	Conduct human health, safety and environmental risk assessments, efficacy and value assessments, establish Maximum Residue Limits (MRLs) and make regulatory decisions within specified performance standards on applications to register new pest control products
Registered Pest Control Product Evaluation and Decision-Making	Re-evaluate older pesticides on the basis of updated data and information, to determine whether, and under what conditions, their continued registration is acceptable, meet modern safety standards
Compliance	Promote, maintain and enforce compliance with the PCPA through investigations, inspections and consultations that are coordinated with provincial and territorial governments and other federal departments

Programs and results linkages (continued):

Program	Result Linkage
Pesticide Risk Reduction	Develop and implement policies and guidelines related to pest management and facilitate the development and implementation of risk reduction strategies through partnership initiatives
Regulatory Improvement	Develop strategic initiatives for information technology, policy development, international harmonization, legislative regulatory change, and communication that support commitments to improve performance, transparency, and public participation while maintaining a high level of protection of health and the environment

Executive Summary

Through the work of the Pest Management Regulatory Agency (PMRA), products that are designed to manage, destroy, attract or repel pests, whether they are used, sold or imported into Canada, are regulated under the *Pest Control Products Act* (PCPA). Our actions toward this Strategic Outcome are mandated by the PCPA: to make decisions on new pesticides that are being proposed for use in Canada; to re-evaluate older pesticides to determine if their use continues to be acceptable under today's standards for health and environmental protection; and to promote, maintain and enforce compliance with the PCPA. During 2003-2004, we fulfilled these responsibilities and initiated new tools and policies that will be critical to the implementation of the new PCPA that Parliament passed in December 2002.

We also work to minimize pesticide risks through support for sustainable pest management practices, including alternatives to pesticide use. We achieved results that supported the Health Canada Sustainable Development Strategy, and the Government On-Line initiative.

We have been leading a successful effort with the other science-based departments (Agriculture and Agri-Food Canada, Natural Resources Canada, Fisheries and Oceans Canada, and Environment Canada) to coordinate research and monitoring of pesticides because of their implications for all these departments. We work closely with the United States Environmental Protection Agency (U.S. EPA) and other international agencies to seek harmonized decisions and processes. Our compliance activities often involve collaboration with the Canadian Food Inspection Agency and provincial governments.

The 2003 Report of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development (CESD), *Managing the Safety and Accessibility of Pesticides*, recognized that there have been substantial improvements in the way pesticides are regulated, and made several recommendations to further improve the pesticide regulatory system. When the new PCPA comes into force, we will be in a position to address a number of the Commissioner's longstanding concerns. The Government's responses to the Commissioner's recommendations are included in the report, which can be found at http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/c20031001ce.html.

Performance Summary by Priority

Priority 1: Ensure safe and effective pest control products.

Through the evaluation of new pesticides and the re-evaluation of older pesticides, which constitutes the majority of our activities, we help protect the health of Canadians and their environment from the risks associated with pesticides. We continued to improve time frames for the registration of new pesticides, and made progress in meeting our re-evaluation target. Improving access to reduced-risk products as alternatives to traditional pesticides remained a priority. Additionally, we contributed to the competitiveness of the agri-food sector by improving access to "minor use" pesticides, those that are used in such small quantities that manufacturers do not usually seek registration of these products in Canada.

The new PCPA received Royal Assent on December 12, 2002. In preparation for the proclamation of the new Act, anticipated as early as possible in 2004, we drafted new regulations and revised existing regulations where necessary (http://hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm#pr). New policies, procedures and information technology systems were initiated in support of the new PCPA, which will strengthen health and environmental protection, increase transparency and strengthen post registration controls.

The Commissioner of the Environment and Sustainable Development (CESD) identified the need to improve coordination between federal pesticide research and regulatory capacities. The five science-based federal government departments (Health Canada, Agriculture and Agri-Food Canada, Fisheries and Oceans Canada, Environment Canada, Natural Resources Canada) are committed to strengthening scientific knowledge of pesticides to support science-based regulatory decisions. We co-chaired an interdepartmental working group on pesticides to facilitate communication of health and environmental research priorities, and dissemination of research and monitoring results in support of pesticide regulatory decisions. http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_e.asp

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Registration of Pesticides	
Improve time frames for reviewing all pesticides submitted for registration by continuing to work with international partners and stakeholders to further harmonize data requirements, test methods and risk assessment procedures.	• Reviewed over 3,000 applications for pesticide registrations and amendments. Of these, 86 percent were approved. • Met the performance standards for major regulatory decisions 91 percent of the time. http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pdf/pro/pro9601-e.pdf • Continued harmonization efforts through the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) and the North American Free Trade Agreement (NAFTA) to facilitate and promote worksharing and joint reviews.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	• Approximately 50 percent of new active ingredients were registered through the joint reviews or workshares with the U.S. EPA.
Re-evaluation	
By 2006, re-evaluate the 405 pesticide active ingredients registered before December 31, 1994. The target date is highly dependant on the U.S. EPA. The review of lawn and garden pesticides is scheduled for completion this year.	• Expended approximately $9.2 million this year on the re-evaluation of older pesticides. • As of March 31, 2004, addressed 80 active ingredients, and proposed 50 additional decisions. In addition, published preliminary risk assessments for two heavy-duty wood preservatives. • Re-evaluated four out of the eight lawn and turf active ingredients. The remaining four actives are targeted for completion in 2004. • Following the EPA's lead, modified the target completion date: assess 401 active ingredients and their associated end-use products for food uses by 2006, and non-food uses by 2008. Four active ingredients were identified as disinfectants, and are no longer regulated under the PCPA. • Published an annual workplan and decision documents. http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pubs/reeval-e.html
Reduced-Risk and Minor Use Pesticides	
In collaboration with Agriculture and Agri-Food Canada (AAFC), ensure minor-use pesticides become more readily available in a timely manner. Continue to participate in the Canada/EPA Joint Review Program for minor use pesticides.	• The federal government allocated $55.5 million over six years to improve access to reduced-risk products for agricultural use, including minor use pesticides. AAFC generates data to support the registration of the minor use pesticides and Health Canada advises, coordinates and evaluates the data. • Conducted 113 consultations with AAFC and the provinces to identify the data requirements, and reviewed 59 submissions that were generated by the provinces.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	• In all, registered 302 new minor crop uses, including 82 reduced-risk uses. • 72% of the chemical active ingredients and 31% of the biopesticide active ingredients designated as reduced-risk in the U.S. are registered or pending registration in Canada. http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pubs/minorcrops-e.html http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_e.asp
Regulations	
Draft regulations under the new PCPA pertaining to pesticide sales data, reporting of adverse effects, and product safety information.	• Consulted the public regarding the proposed adverse effects reporting, pesticide sales data, reconsideration of decisions, and product safety information regulations. Began drafting regulations. • Published the proposed sales reporting regulations in *Canada Gazette* Part I for public consultation.
Cost Recovery Program	
Conduct a comprehensive five-year review of the pesticide cost recovery program (RPP 2002-2003)	• Established a stakeholder steering committee in 2002; conducted the review in 2003; and the final report and action plan are expected in 2004.

Priority 2: Ensure compliance with the *Pest Control Products Act* (PCPA).

We have the ongoing responsibility to help protect the health of Canadians and their environment by facilitating, encouraging and maximizing compliance with the PCPA and conditions of registration. Focussed on the inspection and investigation of those who manufacture, sell, distribute and use pesticides, the compliance program is conducted through a network of Health Canada regional officers and Canadian Food Inspection Agency (CFIA) inspectors across Canada. As a result of our monitoring and surveillance activities in 2003-2004, we detained 58 products; denied eight unregistered products entry to Canada; took 832 education actions (written and oral); and issued 25 administrative monetary penalties (AMP) Notice of Violations. The majority of violations were minor in nature, and were corrected using educational letters with the

understanding that increased knowledge of the regulations will lead to increased compliance. No criminal prosecutions were necessary.

The 2003 CESD Report identified the need to efficiently target compliance activities and to strengthen the measurement and reporting procedures. To address this recommendation, we began developing a new strategic plan to strengthen the compliance and enforcement program (http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/c2003menu_e.html).

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Ensure an effective compliance and monitoring program by continuing to audit and monitor compliance and enforce regulations through regular inspections and investigations of suspected violations.	• $7.1 million to facilitate, encourage and maximize compliance with the PCPA and the conditions of registration. • Conducted 567 investigations, 1,100 inspection visits and over 850 laboratory analyses to help ensure that pesticides are sold and used safely.

Priority 3: Ensure sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides.

In response to Canadians' growing interest in minimizing the risks associated with pesticides, we are committed to integrating the principles of sustainable development into pest management. The goal is to reduce reliance on the use of traditional pesticides and increase the use of reduced-risk and alternative approaches. We continued to develop and promote sustainable pest management products and practices in cooperation with other federal departments, provinces and territories, growers, the pesticide industry and non-governmental organizations.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
In collaboration with AAFC and stakeholders, develop and implement risk reduction strategies for agricultural commodities. Continue working on canola and apple strategies and begin strategies for potatoes and pulses.	• $2.63 million invested in 2003-2004 to provide access to safer pest management practices and products. The objective is to work with, and support growers to develop commodity-specific strategies to reduce pesticide risks. • Worked with AAFC to develop a program framework and identify priority crops. Developed a template model for crop profiles in consultation with stakeholders. Worked on developing indicators to track trends in pesticide risk reduction. • Four strategies were completed: canola, apple, aquaculture and cranberry. • Progress on four other strategies: potatoes (NB and PEI), tomatoes, pulses (peas, chickpeas and lentils), dry beans, and Richardson' s ground squirrel. http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_e.asp
Work with provinces, territories and stakeholders to provide advice and direction on the implementation of the Healthy Lawns Strategy; deliver and implement the objectives of the Strategy; and promote information exchange in the area of lawn pest management and pesticides.	• The FPT Healthy Lawns Working Group (HLWG) met regularly with its stakeholders to discuss the status of the Healthy Lawns Strategy, and to make recommendations for future activities. http://www.healthylawns.net/ • Made ongoing efforts to implement HLWG recommendations, such as herbicide/fertilizer restrictions, use of child-resistant containers, and product labelling improvements. • Provided over 32,000 copies of the *Healthy Lawn Tips* folder to municipalities, provinces and regional offices of federal organizations for distribution. • Developed a new training module for lawn care and landscape service providers.

Strategic Outcome:

Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services

Canada's Performance -
Theme and Horizontal Area:
Aboriginal - Full Aboriginal participation in life-long learning
- Healthy Aboriginal communities

Objective

Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, and in collaboration with the provinces and territories.

Financial Information

Millions of dollars	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Gross expenditures	$1,413.7	$1,578.4	$1,557.4
Revenues	(5.5)	(5.5)	(3.5)
Net expenditures	$1,408.2	$1,572.9	$1,553.9*

* This represents 38 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- funding for sustainability of the First Nations and Inuit Health Program
- funding for the First Nations Water Management Systems (FNWMS)
- funding for the implementation of a comprehensive resolution framework to address issues arising from the legacy of Indian Residential Schools (IRS)
- funding for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities being shown in the Departmental and Administration business line

The actual spending is $19.1 million lower than total authorities mainly due to:

- decrease in Non-Insured Health Benefits planned spending
- delays in IRS
- delays in Sioux Lookout hospital construction
- year end adjustments of Department of Justice expenditures
- other operating lapses in various programs

Intermediate outcomes

- Increased healthy behaviours.
- Improved access, availability and quality of health programs and services.
- Reduced incidence and/or prevalence of illness, disease and/or drug and alcohol abuse.
- Increased capacity to manage and deliver First Nations and Inuit health programs and services.
- Effective and sustainable First Nations and Inuit health system.
- Increased community and individual awareness of the health determinants that affect health and of preventive actions to minimize effects.
- Client satisfaction with program and service levels and quality.
- Effective and efficient management of access to health benefits that is based on client needs.
- Effective health planning and management capabilities in communities.

Immediate outcomes

- Increased and maintained capacity to deliver programs and services.
- Increased community and individual awareness.
- Culturally sensitive programs and services delivered.
- Quality programs and services delivered.
- Effective policies and management frameworks developed and implemented.

Priorities

- Enhance health promotion and prevention programs.
- Improve the quality, accessibility and effectiveness of health care services.
- Cooperate and collaborate with First Nations and Inuit communities, provinces and territories, and service providers to modernize and adapt the health service system for First Nations and Inuit.
- Improve information and knowledge management to improve delivery of health care services and programs.
- Implement effective evaluation and accountability mechanisms that will improve the management practices of Health Canada and First Nations and Inuit communities.

Program and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
First Nations and Inuit Community Health Programs	Community Health Programs provide child and maternal-child health, mental health and addiction and chronic disease prevention, promotion and treatment.
First Nations and Inuit Health Protection	Communicable Disease and Environmental Health and Research programs facilitate preparedness for the control, management and containment of outbreaks of preventable diseases and to improve management and control of environmental hazards.
First Nations and Inuit Primary Health Care	Primary Health Care Services include urgent and community medicine, nursing services, home and community care and oral health.
Non-Insured Health Benefits (NIHB)	The Non-Insured Health Benefits Program provides approximately 749,000 registered Indians and recognized Inuit with a limited range of medically necessary health-related goods and services which supplement those provided through other private or provincial/territorial health insurance plans. Benefits include drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term crisis intervention mental health services and medical transportation to access medical services not available on-reserve or in the community of residence.
Governance and Infrastructure Support to First Nations and Inuit Health System	Governance and Infrastructure Support to First Nations and Inuit Health System to implement the Inherent Right Policy, improve their capacity to generate and access health information and to ensure First Nations and Inuit health programs and services infrastructure by increasing their control. Activities undertaken include health planning and strengthening management and delivery capacity in First Nations and Inuit communities, integration and coordination of health services between F/P/T, stewardship and health research, knowledge and information management.

Executive Summary

The objectives of this Strategic Outcome include improving health outcomes; ensuring availability of, or access to, quality health services; and supporting greater control of the health system by First Nations and Inuit. The goal of providing efficient, effective and sustainable health services and programs that contribute to better health outcomes is guided by four working principles: First Nations and Inuit should be supported to have an effective role in the planning and delivery of their health services; First Nations and Inuit should receive services in a seamless way through integration

Program and results linkages:

The following Program Structure reflects the Program Sub-activities identified in our recently established Program Activity Architecture and it is being introduced for the first time in this Report for information purposes. This new Structure will be fully reported in 2005-2006.

Program	Result Linkage
First Nations and Inuit Community Health Programs	Community Health Programs provide child and maternal-child health, mental health and addiction and chronic disease prevention, promotion and treatment.
First Nations and Inuit Health Protection	Communicable Disease and Environmental Health and Research programs facilitate preparedness for the control, management and containment of outbreaks of preventable diseases and to improve management and control of environmental hazards.
First Nations and Inuit Primary Health Care	Primary Health Care Services include urgent and community medicine, nursing services, home and community care and oral health.
Non-Insured Health Benefits (NIHB)	The Non-Insured Health Benefits Program provides approximately 749,000 registered Indians and recognized Inuit with a limited range of medically necessary health-related goods and services which supplement those provided through other private or provincial/territorial health insurance plans. Benefits include drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term crisis intervention mental health services and medical transportation to access medical services not available on-reserve or in the community of residence.
Governance and Infrastructure Support to First Nations and Inuit Health System	Governance and Infrastructure Support to First Nations and Inuit Health System to implement the Inherent Right Policy, improve their capacity to generate and access health information and to ensure First Nations and Inuit health programs and services infrastructure by increasing their control. Activities undertaken include health planning and strengthening management and delivery capacity in First Nations and Inuit communities, integration and coordination of health services between F/P/T, stewardship and health research, knowledge and information management.

Executive Summary

The objectives of this Strategic Outcome include improving health outcomes, ensuring availability of, or access to, quality health services, and supporting greater control of the health system by First Nations and Inuit. The goal of providing efficient, effective and sustainable health services and programs that contribute to better health outcomes is guided by four working principles. First Nations and Inuit should be supported to have an effective role in the planning and delivery of their health services. First Nations and Inuit should receive services in a seamless way through integration

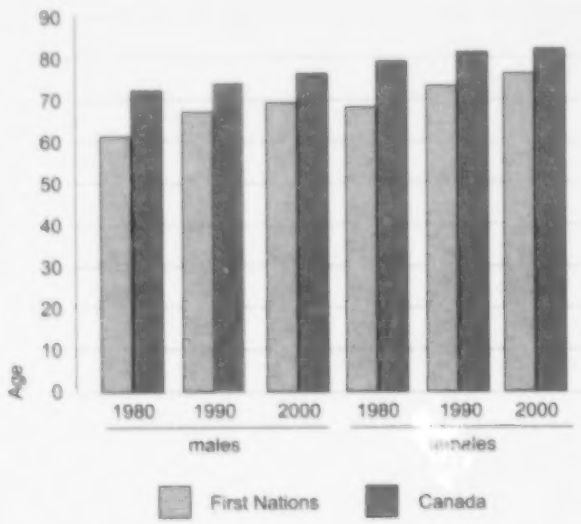
of federal/provincial/territorial programs; First Nations and Inuit should have access to the same quality and availability of service as the rest of the population living in similar geographic areas; and reform of the First Nations and Inuit health system should be undertaken to shift the emphasis "upstream" to create stronger capacity for prevention of illness and promotion of good health.

There continue to be significant disparities in health outcomes when compared to the general Canadian population in areas of life expectancy, prevalence of chronic and infectious disease, and injury. In some First Nations communities, the incidence of heart disease is almost two times higher, diabetes rates almost three to four times higher, and potential years of life lost due to injury three and a half times higher. Overall rates of Aboriginal youth suicide are five to six times the rate for non-Aboriginal youth. In addition, tuberculosis infection rates are six times higher than in the general population. Since 1992, the proportion of AIDS cases among Aboriginal people climbed from 1.7 percent of all cases in Canada to 7.2 percent in 2001.[1] Despite these disparities, the Department continued to make strides in addressing the health status of First Nations and Inuit: there have been gains in life expectancy - 13.1 percent for males and 12.6 percent for females - among registered Indians over a 20 year period. Similarly, the First Nations infant mortality rate has been steadily declining since 1979, when it peaked at 27.6 deaths per 1,000 live births - two and a half times the Canadian rate. In 2000, the First Nations infant mortality rate had dropped to 6.4 deaths per 1,000 live births, compared with 5.5 per 1,000 for Canada.

The Department faces many of the same challenges as other Canadian health systems, such as, increasing costs, health human resource shortages and servicing the needs of an aging population. In addition, the First Nations and Inuit health system has other challenges in program delivery and increasing costs due to a rapidly growing population with a higher rate of injuries, disease burden and populations living in remote and rural areas.

Life Expectancy at Birth, First Nations and Canada, 1980-2000

Life expectancy for the First Nations population has been steadily increasing over the last two decades. Gains during this time frame have been enough to narrow the gap with the general population by approximately half.



Source: Indian and Northern Affairs Canada, 2001
Basic Departmental Data 2001. Ottawa:
Minister of Indian Affairs and Northern Development
Catalogue no: R12-7/2000E

A range of medically necessary goods and services (drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term crisis intervention mental health services and

1 Health Canada, A Statistical Profile of the Health of First Nations in Canada, 2000.

medical transportation to access medical services not available on-reserve or in the community of residence) are also provided under the Non-Insured Health Benefits (NIHB) program to approximately 749,000 First Nations and Inuit, regardless of residency. During 2003-2004, we continued to meet our ongoing responsibilities to address the challenges to the health of First Nations people and Inuit and to the First Nations and Inuit health system. Efforts were aided by the initial allocation of funds from the 2003 Budget commitment of $1.3 billion over five years to build the foundation for a more effective and sustainable First Nations and Inuit health system. This commitment includes funds for: NIHB; capital reinvestment to improve health facilities; an immunization strategy for First Nations children on-reserve; a comprehensive nursing strategy; and pilot programs to improve the integration of services with those of the provinces and territories.

A number of specific challenges and risks faced in delivering programs and services include: the need to increase prevention efforts at the community level to improve health and decrease the burden on the health care system; the need to build capacity for First Nations and Inuit to have a more effective role in planning and delivery of health services; the need to maintain clear and effective accountability for health outcomes in relation to both health services and health status; and the challenges associated with balancing cost effectiveness while contributing to optimal health impacts.

Together with First Nations and Inuit, the Department works to enhance the reach and effectiveness of programs and services, and to deliver public health and community health programs on-reserves, including environmental health and communicable and non-communicable disease prevention. Primary health care services are also provided in remote and isolated communities where often no provincial services are readily available.

Performance Summary by Priority

Priority 1: Enhance health promotion and prevention programs

To close the gap in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians, the Government has put in place a First Nations and Inuit health promotion and disease prevention strategy and has worked with partners to improve health care delivery. Health Canada continued to invest in health promotion and prevention programs for First Nations and Inuit, with specific programs targeting children, youth and mothers living in conditions of risk. These programs provided culturally sensitive counselling services, addictions prevention services, suicide prevention and mental wellness services. Programs are designed to collectively improve the spiritual, emotional, intellectual and physical growth and development of First Nations and Inuit infants and children, and to support pregnant women, caregivers, families and communities in raising healthy children who are able to meet their full potential.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Reduce the number of children affected by Fetal Alcohol Spectrum disorder (FASD) and improve development outcomes of children affected by FASD by: • training and educating parents and caregivers; • developing supportive tools and resources; • increasing the number of trained workers; • initiating pilot projects.	• Training and education were provided to 250-300 parents and caregivers, and professional training sessions were delivered to another 250-300 professional, para-professionals and community workers in areas such as sensory integration, developmental delays and prevention strategies. • Training videos, awareness posters, on-line material in Aboriginal languages and a strategies booklet, *Trying Differently: A Guide for Daily Living and Working with FASD and other Brain Differences*, were developed. • Approximately 500 participants were trained as Asset Mapping community workshop facilitators and a *Train the Facilitator* manual was developed. • Pilot projects were not established in 2002-2003 as the FASD program design was not yet completed. In 2003-2004, the program focus was on building community capacity through Asset Mapping, as a means to setting strong foundations for possible pilot projects in 2004-2005. • FASD expenditures: $6,033,500. For additional information, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/fas_fae/index.htm.
Improve the effectiveness of the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) by: • providing health service providers with training on relevant resources and tools; • launching a website to allow easy access to current and relevant information.	• An overall concept, plan and preliminary content were developed for an awareness project targeted to First Nations and Inuit communities to prevent iron deficiency in infants - a key public health concern. A user friendly guidebook targeted to CPNP workers with all of the information needed to design and deliver an effective local program was developed. A reference manual that summarizes the current evidence and practice guidelines related to nutrition during pregnancy and infancy was disseminated and training provided. • More than 500 workers participated in training relevant to the design and delivery of CPNP, representing almost all CPNP workers nationally. • Basic program information was developed for posting on the Health Canada website.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Aboriginal Head Start (AHS) program coverage will increase from 12 to 18 percent of First Nations children on-reserve by: • expanding services for children with special needs; • increasing the number of participating communities.	• Community participation in the program increased by eight percent, the average number of communities participating in the program is 70 percent and the average level of program coverage is 15 percent for 2003-2004. • Activities are beginning to address programming requirements for children with special needs such as therapy, physical improvements to Centres to facilitate access to buildings and purchases of specialized vehicles for transportation. • In addition, some preschool evaluations are in place, and some sites may now receive resource materials and training on special needs. • AHS expenditures: $35,238,600. For additional information, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/ahsor/index.htm.
Assist First Nations and Inuit communities in addressing mental wellness, including the high rate of suicide by: • continuing to work with the Assembly of First Nations (AFN) and Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) to address the recommendations in the Suicide Prevention Advisory Group (SPAG) report, *Acting on What We Know: Preventing Youth Suicide in First Nations*; • convening a Youth Roundtable to review the report's recommendations; • updating and widely distributing an assessment tool for identifying communities in crises.	• A Youth Roundtable was held where First Nations and Inuit youth were given an opportunity to consider and respond to the recommendations outlined in the SPAG report. Areas identified and strongly endorsed by youth for action included development of a culturally relevant understanding of suicide and healing; increase and formalize opportunities for youth involvement in prevention, address neglected high risk groups, and highlight the role of women and families in promoting family wellness. • The AFN was funded to develop a youth leadership model on suicide prevention; the Inuit Youth Council at the ITK was funded to develop a strategic framework for suicide prevention and youth engagement in suicide prevention initiatives and to develop recommendations for action to combat suicide among Inuit youth. • The National Aboriginal Health Organization (NAHO) was funded to develop a Community Planning Tool Kit for Suicide Prevention to serve as a practical resource to guide communities. The tool kit provides options for conducting community risk assessments and creating community suicide prevention plans.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	• Twenty-four Aboriginal trainers attended the Applied Suicide Intervention Skills Training. • In partnership with the RCMP and the Centre for Suicide Prevention, *Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies* was developed to guide ongoing efforts of individuals and organizations interested in developing suicide prevention strategies, programs and services for Aboriginal youth. • An MOU with Indian Health Services in the U.S. has been developed to address suicide prevention in indigenous communities in both countries. • Mental Health expenditures: $16,558,400.
Increase the number of communities which implement Tobacco Control smoking policies and by-laws, and identify Tobacco Control as one of their health priorities by: • initiating 12-14 national Tobacco Control demonstration projects.	• A national social marketing mail-out campaign to all First Nations and Inuit homes was completed. This provided information on the dangers of second-hand smoke and issued a call to action to make First Nations and Inuit homes smoke-free. • Twelve national tobacco control projects were completed that provided tobacco control tool kits and/or best-practices training to target populations. • Tobacco expenditures: $5,351,500.
Reduce the incidence of tuberculosis (TB) in First Nations communities by: • developing and implementing tuberculosis risk assessment guidelines that will be piloted in 12 First Nations communities.	• The Strategic Community Risk Assessment Program for TB Elimination tool was implemented in only six First Nations communities due to availability of health professionals to support implementation in 12 communities. This tool guides communities in the development of a TB program that specifically responds to community needs based on the epidemiology of the disease or infection. • TB expenditures: $4,095,300. For additional information, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/phcph/tuberculosis/index.htm.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Provide prevention programming and primary care for diabetes by: • delivering the Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) to support both First Nations on-reserve, Inuit and Innu communities' programming, and Métis, off-reserve Aboriginal, and urban Inuit prevention and promotion programming.	• First Nations reserves and Inuit communities received culturally relevant information on diabetes. • Over 600 communities and/or tribal councils received funding for projects according to priorities, ranging from walking clubs, hands-on cooking classes and foot care services to school-based prevention projects and camps for children and caregivers. • Thirty-two primary prevention programs were supported for off-reserve Aboriginal populations, Métis and Inuit living in urban centres. • Several projects were completed that addressed prevention of diabetes complications, such as mobile vans in communities in Alberta and British Columbia to screen for symptoms of diabetes. • ADI expenditures: $13,763,400. For additional information, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/adi/index.htm.
Working with First Nations and Inuit community leaders, develop an Aboriginal AIDS Prevention Campaign by: • developing promotional material on AIDS prevention; • offering HIV/AIDS prevention workshops in communities, schools and on-reserve.	• British Columbia region supported 60 workshops on HIV awareness and prevention (approximately 300 participants). • Five harm reduction workshops were provided to Community Health Representatives and Alcohol and Drug Treatment Workers (about 250 on-reserve workers took part). • Alberta region supported 23 workshops, and developed and provided 125 HIV/AIDS workshop kits to organizations. • National support was provided to the Canadian Inuit HIV/AIDS Network sponsored by Pauktuutit Inuit Women's Association to organize HIV/AIDS-related community health fairs for Inuit communities. For more information, refer to: http://www.pauktuutit.ca/main_e.html. For general information on HIV/AIDS and other Aboriginal initiatives, refer to the Canadian Strategy on HIV/AIDS website at: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/. • HIV/AIDS expenditures: $3,286,400.

Priority 2: Improve the quality, accessibility and effectiveness of health care services

The provision of effective and accessible health care services to First Nations and Inuit communities requires long-range strategies to address the sustainability of health services and programs that the Department delivers and funds. During the year, Health Canada focussed on increasing the number of certified health professionals and in investing in enhancing health facilities to improve First Nations and Inuit access to health programs and services. Health Canada worked with band councils and local health agencies on health promotion and prevention activities, conducted assessments and provided support in acquiring accreditation for treatment centres under the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) and ensured that First Nations and Inuit received Home and Community Care (HCC) services. Health Canada made strides towards sustainable development and drinking water quality in First Nations communities.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Increase to 50 percent, the proportion of preschool children and primary caregivers seen under the oral health promotion initiative by increasing the availability of dental therapists in First Nations and Inuit communities.	• Health Canada increased the number of First Nations and Inuit preschool children seen under the Children's Oral Health Initiative by 47.9 percent. Thirty students graduated from the Dental Therapy Program, a 50 percent increase in graduates. • Oral Health expenditures: $4,535,500.
Ensure standardized quality services for youth and adults with substance abuse problems: • conduct assessments and provide support in acquiring accreditation for treatment centres funded under the NNADAP and Youth Solvent Abuse Program (YSAP).	• Twenty-seven assessments of NNADAP and YSAP centres were conducted by the Canadian Council on Health Services Accreditation. • Twelve NNADAP treatment centres achieved full accreditation and seven more are in the application stage. Full accreditation was received by six YSAP treatment centres and two more are in the application stage. For additional information on NNADP, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/nnadap/index.htm.
Ensure First Nations and Inuit receive needed post-hospital acute care and chronic and continuous illness care: • continue to implement HCC services;	• Health Canada continues to provide basic home and community care services that respond to the unique health and social needs of First Nations and Inuit.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• increase from 71 to 85 percent, the number of First Nations and Inuit communities delivering these services.	• Eighty-three percent of the population living on-reserve had access to HCC services, a one percent increase from the previous year. A study was conducted to assess, analyze and identify issues related to service accessibility, delivery, quality and sustainability issues in small isolated communities. Access to services continues to be a challenge for these situations. For additional information, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/phcph/fnihccp. • HCC expenditures: $89,863,300.
Report on the implementation of the First Nations Water Management Strategy, in partnership with Indian and Northern Affairs Canada (INAC) and First Nations communities by: • reducing health risks associated with drinking water quality in First Nations communities south of the 60th parallel.	• The number of community-based drinking water quality monitors (CBWMs) trained by Environmental Health Officers (EHOs) doubled and 50 data analysis reports were provided to First Nations communities in Alberta region. • The number of communities with trained CBWMS increased by 15 percent in Manitoba region. • Fifty percent more communities have direct access to lab test kits in the Atlantic region. • The number of bacteriologic samples tested tripled in the Manitoba region. • All EHOs have laptops to access the drinking water quality database. • Three research streams were identified with specific research needs and priorities. • Water expenditures: $4,881,200.
Through the NIHB: • better management practices and compliance with program policy;	• The NIHB Medical Transportation Policy Framework was implemented in April 2003 to ensure nationally consistent provision of medical transportation benefits.
• develop Electronic Dental Interface (EDI) to reduce administrative burden and to produce reports to monitor dental provider usage;	• The EDI was developed and is available to providers who serve NIHB clients, allowing them to submit dental claims electronically in real time.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• assess the effectiveness of transferring NIHB management to First Nations and Inuit communities – Pilot Project Initiative • ensure consistency of the Vision Care benefit.	• An extension for the NIHB Pilot Project Initiative was granted until 2005 to facilitate further testing of Pilot Projects that assume responsibility for delivery of all NIHB benefits to their constituents. In accordance with these time lines, an evaluation of past and current Pilot arrangements (including comparisons against non-Pilot delivery of the program) is under way and is on track for completion in 2004. • Implementation of the NIHB vision framework has been slightly delayed until summer 2004 as a result of work to address regional variances identified through the drafting. For additional information on NIHB, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/nihb/index.htm.
As part of the Sustainable Development Strategy, Health Canada will strive to strengthen Aboriginal health and governance through programs addressing community needs and values in order to ensure community development and sustainability by: • reducing environmental hazards which affect the health of First Nations and Inuit communities; • implementing management plans and phase-out plans for hazardous materials such as asbestos, polychorobiphenyls (PCBs), and ozone-depleting substances; • replacing all PCB-containing transformers and removing all ballasts containing PCBs at hospital facilities in accordance with the proposed regulations under the *Canadian Environmental Protection Act*.	• The Department continued to reduce environmental hazards which affect health by minimizing the ecological impact, implementing facility asbestos management plans by performing asbestos surveys and removing and encapsulating asbestos deemed hazardous to human health. • Health Canada continued to assess facilities for the presence of PCBs and replaced low efficiency and PCB-containing light ballasts with energy efficient light systems, fostering safe environments and increased energy efficiency. • Health Canada continued to assess 81 of the highest risk facilities for the presence of equipment containing ozone depleting substances, asbestos and PCB-containing light ballasts. Health Canada also continued to replace low efficiency and PCB-containing light ballasts with energy efficient light systems, fostering safe environments and increased energy efficiency at three hospital facilities.

Priority 3: Cooperate and collaborate with First Nations and Inuit communities, provinces and territories, and service providers to modernize and adapt the health service system for First Nations and Inuit.

Health Canada worked to achieve better health outcomes for First Nations and Inuit through cooperation and collaboration with provinces, territories, health professional associations, non-governmental and Aboriginal organizations and the health research community to develop strong partnerships at the national, regional and community levels to address the gaps in health status between Aboriginal and non-aboriginal Canadians through better integration of services.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Develop Primary Health Care model which will expand collaboration and integration of health services in First Nations and Inuit communities. The model will: • focus on language, culture, distance and jurisdictional barriers that affect the provision of primary health care; • define core health services to be delivered to the community by various levels of government and agencies. Key elements to be addressed include protocols between providers and institutions, information sharing and e-health, case management and multi-disciplinary teams of health professionals at the regional and community levels, and their role in planning more effective health service delivery.	• With funding from the Primary Health Care Transition Fund, Health Canada has begun the Health Integration Initiative, which is intended to explore, develop and analyze models for better integration of health service delivery to First Nations and Inuit. The overall objective is to improve access and quality of services, to make better use of existing capacity, create economies of scale, respond to community priorities, and produce "win-win" solutions for First Nations and Inuit and provincial/territorial partners. • Health Canada has facilitated and signed agreements with two First Nations communities, to begin integration projects in partnership with the respective regional, district authorities and provincial/territorial governments. Further tripartite agreements will be signed with other First Nations and Inuit communities next year. • The Department continues to analyze and describe models of primary health care for First Nations and Inuit. Some of these activities include: analysis of provincial/territorial primary health care policies including quality improvement models and their linkages to First Nations and Inuit health systems; discussions with First Nations and Inuit stakeholders to describe options for a quality improvement approach; support of continuous quality improvement through accreditation in the First Nations health system environment, and coordination to integrate quality improvement and health planning at the community level.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Increase service coordination at the community level, decrease administrative burden and improve reporting consistency and accountability across Early Childhood Development (ECD) programs by: • exploring a single-window approach for federal ECD programs in collaboration with INAC and Human Resources Social Development (HRSD) Canada by conducting an environmental scan of best practices, conducting pilot projects, and engaging in a national dialogue.	• Health Canada worked with HRSD and INAC to explore options for a single-window approach to the delivery of federal ECD programming. • The environmental scan of nine programs revealed varying degrees of current integration and cooperation at local, regional and national levels. • Community planning pilots undertaken at the community, tribal and regional levels provided information and lessons on joint planning and priority setting processes. • Evaluation tool pilots tested the reliability of evaluation tools and the feasibility of establishing common measurable outcomes. • A national ECD dialogue engaged over 500 stakeholders at local, regional and national levels including First Nations, Inuit and Métis community representatives, ECD service providers, and provincial and territorial government officials.
Assist communities in making decisions consistent with their health priorities by continuing to support Community Health Plan development in eight demonstration sites for First Nations and Inuit communities under contribution or integrated agreements.	• Eight communities were involved in the demonstration sites project. • Their health needs and priorities were identified. • Pilots are preparing to finalize discussions for implementing new health plans. • One community chose to withdraw from the project due to insufficient capacity and an overall lack of community support.
Integrate women's issues into existing and new HIV/AIDS programs at national and regional levels by: • completing an inventory of existing programs.	• Health Canada supported the Pauktuutit Inuit Women's Association in developing a national inventory of existing HIV/AIDS programs and services for Aboriginal women and provided web enablement of an existing inventory of services. For more information or a copy of the inventory, refer to: http://www.pauktuutit.ca/main_e.html. For general information on HIV/AIDS and other Aboriginal initiatives, refer to the Canadian Strategy on HIV/AIDS at: www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Reduce the administrative burden on First Nations and Inuit communities in the three territories and improve efficiency of service delivery by: • offering federal, single-window access for health programs and service delivery through the Territorial Wellness Initiative.	• Health Canada continued to offer a single-window approach to health promotion and injury prevention program delivery in all three territories and continued to work on reducing the administrative burden on partners to improve efficiency of service delivery.

Priority 4: Improve information and knowledge management to improve delivery of health care services and programs

Health Canada faces diverse challenges in harmonizing business needs and health care service delivery requirements with information and communications technologies. A strategic and integrated approach is critical to the Department's ability to develop a strong health and health-related information management infrastructure. Health Canada, through the Government On-Line (GOL) initiative, developed and is implementing the Electronic Health Record (EHR) for home care, addictions and diabetes to support improved client management and service delivery, program information and better access to health information . The Department continued to work with its partners to develop an e-Health Strategic Framework to support and guide the implementation and use of information and communications technologies in the delivery of health programs and services for First Nations and Inuit.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Support improved client management and service delivery, program information and improved access to health information: • by completing the development and implementation of the EHR for home and community care, addictions and diabetes in 21 communities.	• Through GOL, Health Canada continues to develop and implement the home care, addictions, and diabetes electronic applications. • The home care application will be deployed to 21 targeted communities in fall 2004 and the addictions application will be deployed to 14 communities during the same time frame.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Connect providers, patients and governments to educate and inform health care professionals, managers and consumers and to improve the management of the health care system. The satellites and networks will provide access to health care applications, e-mail, and health portals and will connect approximately 1,000 health care professionals: • develop and define an e-Health Strategic Framework; • connect up to 145 First Nations and Inuit sites with a satellite and local area network infrastructure.	• Health Canada continued to work with First Nations across Canada and regional personnel to develop and define an e-Health Strategic Framework. • A total of 148 First Nations and Inuit sites were connected with a bi-directional satellite and 86 wireless local area networks and 41 sites for the GOL Alberta First Nations Telehealth Project. • Health Canada, in collaboration with the Canadian Integrated Public Health System, is also piloting the use of an Internet-based public health information system as a primary health care solution to begin integration with provincial systems. On-line privacy training was provided and was used extensively in the regions and communities.
Continue to support First Nations and Inuit students who wish to pursue post-secondary studies and to assist post-secondary institutions that support these students in their health career-related studies through the Health Careers Bursary Program.	• Health Canada, in partnership with the National Aboriginal Achievement Foundation, continued to provide an Aboriginal Health Careers Bursary program in order to achieve and maintain an adequate supply of qualified health care providers. • A total of 137 students were provided funding to pursue studies in health areas. This is the average number of recipients receiving bursaries each year. • Health Canada also worked with the Canadian Aboriginal Science and Technology Society to develop a website to provide information to science and technology students on educational and career opportunities. For more information, consult: http://www.casts.ca/. • Health Careers expenditures: $2,885,100.
Increase information on diabetes incidence, prevalence, complications and mortality among First Nations, Inuit and Métis: • participate in the development of the National Diabetes Surveillance System (NDSS) to identify Aboriginal people in provincial/territorial health information systems; • develop a diabetes module within the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHS).	• The Aboriginal Working Group of the NDSS continued to work to establish linkages to capture data on rates of diabetes in Aboriginal populations. Data linkage agreements are now in place with First Nations in British Columbia as well as with the James Bay Cree in Northern Quebec and negotiations are continuing with several other groups. • Development of a diabetes component of a HCC electronic application was completed. Many First Nations who are served by the HCC program have diabetes: the module enables better diabetes management planning.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Ensure a consistent approach to the validation of NIHB Medical Transportation services and the verification of benefit utilization: • develop a Medical Transportation Record System to track medical transportation usage and expenditures; • implement a national medical transportation audit framework.	• Health Canada developed and enhanced an electronic Medical Transportation Record System and is implementing it within the NIHB program and with program partners. • The audit of medical transportation contribution agreements has been included as part of the FNIHB contribution audit framework that ensures a consistent approach to the audit of benefit utilization and services paid through contribution agreements. This represents 53 percent of NIHB medical transportation expenditures.

Priority 5: Implement effective evaluation and accountability mechanisms that will improve the management practices of Health Canada and First Nations and Inuit communities.

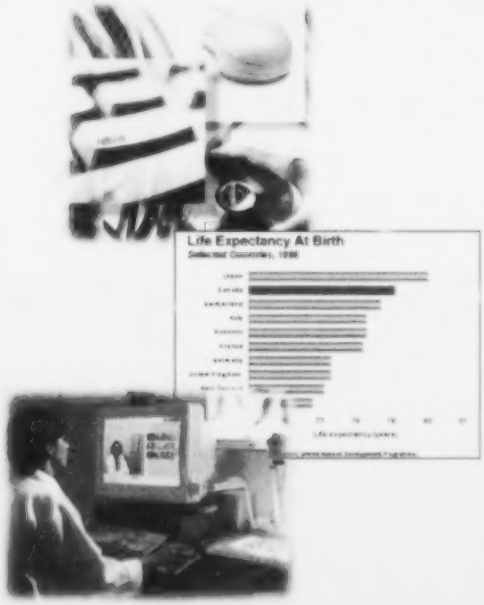
The Department will uphold the principles of due diligence and public accountability by putting in place tools and mechanisms to measure progress and report on results. This includes establishing clear benchmarks of success and implementing effective accountability models for First Nations and Inuit health programs and services. In the area of First Nations and Inuit health, accountability and responsibility are shared with multiple jurisdictions, federal and provincial governments, as well as First Nations and Inuit communities. The implementation of strong results-based management and accountability practices and principles ensures that the Department continues to learn, improve and deliver more effective, efficient health programs and services. Ministerial audits, evaluations, Auditor General analyses, Parliamentary reviews and rising performance reporting standards all reinforce the commitment to demonstrate the impacts of efforts and ensure that resources are used effectively.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Complete a minimum of 60 administrative on-site audits in the pharmacy and dental benefit areas and 20 administrative on-site audits in the medical supplies and equipment benefit area in 2004. Track, on a quarterly basis, the billing patterns of all providers to assist in targeting audits and to minimize the risk of inappropriate NIHB payments through a provider audit framework.	• A total of 140 administrative on-site audits in the pharmacy, dental and medical supplies and equipment benefit areas were completed. A new protocol for dental provider audits was jointly developed with the Canadian Dental Association, dental regulatory authorities and provincial dental associations which enabled the NIHB program to conduct on-site audits in eight of the 13 provinces and territories. In the remaining jurisdictions, the dental regulatory authority will determine how to action referrals for audits. • The NIHB provider audit program enables the tracking of billing patterns of all providers to minimize the risk of inappropriate payments.
Improve the administration, delivery and management of the NIHB program by completing the deployment of the NIHB client consent initiative which seeks formal consent for the use of personal information from all NIHB recipients.	• In February 2004, Health Canada announced a new approach to the Consent Initiative under which a signed consent form is no longer required for day-to-day processing activities and program administration. • Consent will only be required in instances where patient safety or inappropriate use of the Program are identified as a concern, for example, if potential prescription drug misuse is identified. • In these cases, there will be a requirement for client consent in order to share personal information with health care providers. For more information, consult: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/nihb/consent/urgent_noticefeb.htm.
Continue to address recommendations of the Public Accounts Committee and the Office of the Auditor General by, for example, developing a comprehensive evaluation plan for all programs with grants and contributions to renew financial authorities and to maximize program efficiencies.	• A comprehensive evaluation plan was developed and is being implemented. • Evaluations have been completed for the AHS On-Reserve program and the HIV/AIDS program. These reports have not received final approval, however, programs have started to implement action plans resulting from these assessments. • An interim evaluation of the Labrador Innu Comprehensive Healing Strategy was conducted in 2003. Led by Indian and Northern Affairs Canada, it showed that new health programming was implemented quickly to respond to the social crisis in the Labrador communities of Natuashish and Sheshatshiu, and that further work was needed to fully implement the Health Canada component and to strengthen the collaboration with Labrador Innu communities. Health Canada has developed an action plan to respond to these recommendations.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Continue to develop program indicators and develop a performance management strategy consistent with the recommendations of the Performance Indicators Reporting Committee.	• A Performance Management Strategy scope and action plan was developed and is being implemented. • Logic Models and Performance Measurement Strategies have been developed under the Renewal of Authorities Initiative.
Conduct Ministerial contribution audits.	• Health Canada completed 50 audits for First Nations and Inuit contribution agreements; of these, 25 have received final approval by the Department and 25 are under review. • When approved, each First Nations and Inuit audit action summary is posted at: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/bpm/audit_reports/index.htm.



Strategic Outcome:

Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making

Canada's Performance -
Theme and Horizontal Area:
Health - A strong health care system

Objective

A health system that delivers better health outcomes through more effective use of information technologies; more and better health research; and the effective use of a base of timely, accessible and reliable health information and analysis for evidence-based decision-making and better public accountability.

Financial Information

Millions of dollars	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Net expenditures	82.9	770.8	767.1*

* This represents 18.7 percent of the Department's actual spending.

The variance between planned spending and authorities is mainly due to:

- funding of $600 million to make a statutory grant payment to Canada Health Infoway
- funding of $70 million to make a statutory grant payment to the Canadian Institute for Health Information (CIHI)
- funding to improve access to health services for Official Language Minority Communities

The actual spending is $3.7 million lower than total authorities mainly due to:

- less resources than anticipated required to wind down activities in the Canada Health Infostructure Partnership Program (CHIPP)
- year end adjustments of Department of Justice expenditures
- other operating lapses in various programs

Intermediate outcomes

- Improved health policies and programs.
- Improved health decision-making and services.
- More efficient delivery of departmental programs.

Immediate outcomes

- Improved understanding of health issues and health system performance.
- Increased use of e-technology in the health sector.
- More reliable Information Management/Information Technology/Knowledge Management (IM/IT/KM) services.

Priorities

- Accelerate the use of information and communications technologies in the health sector.
- Increase access to health evidence in support of decision-making and public accountability.
- Establish a Departmental Information Management/Information Technology Strategy.

Executive Summary

This Strategic Outcome covers two broad areas. A portion of its ongoing resources is used to support essential departmental information and knowledge management and information technology systems. During 2003-2004, resources were targeted to achieve the best possible results from all systems investments.

The other broad focus is on the overall Government of Canada commitment to increase the use of information and communications technologies in the health care system, along with supporting the development and better use of evidence for decision-making, improved performance measurement and accountability. These elements were reflected in the 2003 Health Care Accord, the 2003 Budget and the recommendations of the Romanow and Kirby reports since they are viewed as essential to making positive changes in the health care system and to improving government accountability to Canadians.

Page Views on Websites for Health Information Data, 2003-2004

Health Information Websites	Number of Page Views (in millions)
Health Canada	125*
CIHI	0.8
Canada Health Portal	3.9**
Statistics Canada - Health Indicators	1.75
Statistics Canada - Health Tables	0.1***

Source: Office of Health and the Information Highway, Health Canada; Canadian Institute for Health Information; Statistics Canada

* Data is from January-December 2003

** Data refers to site visits

*** Data is from April-June 2003

In general, we met or exceeded our targets as we invested substantially in initiatives from partners across Canada to accelerate the use of information and communications technologies in the health sector. Support for electronic health records (EHRs), telehealth pilot projects and on-line access to health information represented most of these initiatives. The year produced much evidence of success, including the fact that provincial, territorial and First Nations and Inuit health systems have integrated many pilot health information technology initiatives into their regular operations as these have proven their value. There has been a substantial amount of traffic on health information-related websites in the past year, indicating a significant demand for health information by Canadians. Health Canada remains committed to working with its partners, including Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information, to improve the quality of health data and information which is available in Canada. Another example of progress was the rising number of visitors and positive user feedback to the Canada Health Portal (CHP), the Government On-Line-supported access point to health information.

Our support for the generation of health-related data and information expanded the content for those on-line vehicles during 2003-2004. In addition, by conducting and funding health policy and administration research, taking part in intergovernmental processes to report on health system performance and enhancing our departmental Performance Management Framework, we expanded the evidence-based information that provides Canadians with better choices and clearer accountability for results.

Performance Summary by Priority

Priority 1: Accelerate the use of information and communications technologies in the health sector.

The Romanow and Kirby reports underscored the importance health information and knowledge management will play in effecting health system change. Of crucial importance is an information infrastructure that will allow Canadians to take full advantage of the potential of information and evidence to support health decision-making. To this end, Health Canada has worked with its many partners including the provinces, territories and Canada Health Infoway Inc. to accelerate the use of information and communications technologies in the health sector. The Department has focussed its efforts in several areas, including the EHR, telehealth and health information for the public. As well, it is focussing on related issues such as working with partners to develop a framework to protect the privacy of health records.

There are indications that these efforts to accelerate the use of information and communications technologies in the health sector are succeeding. For example, the $80 million five year Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP) funded by Health Canada and other partners such as provinces, not-for-profit and for-profit organizations encouraged collaboration, innovation and renewal in health care delivery through the use of modern information technology. The success of this program which ended in March 2004 with the implementation of 29 major projects across the country, is illustrated by the fact that many of what were initially proof-of-concept projects have been permanently adopted by the participating organizations. Evaluation results also point to the success of the program. Further, the continued support of *Infoway* ($100 million in 2003-2004) and the transfer of responsibility to it for EHRs has helped to advance this initiative

and allow the Department to focus on related issues such as working with partners to develop a framework to protect the privacy of health records.

A further measure of success is the increase in the average number of unique visitors to the CHP website each month in 2003-2004, which increased by 3,908 per month (33 percent) over the previous year's monthly average, showing that the investment of $700,000 per year is attracting more Canadians to access health information. Overall, the indications are that these initiatives have contributed to accelerating the use of information and communications technologies in the health sector.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Canada Health Infoway Inc.	
• The Department is contributing to the development of the electronic health record (EHR) through its support of this initiative.	• Budget 2004 included a commitment of $100 million to Canada Health Infoway Inc. (*Infoway*) toward the development of a pan-Canadian health surveillance system. • *Infoway* is focussed on: the development of EHRs which are essential to modernizing Canada's health care system as well as supportive of the goals of health renewal, namely improved quality, accessibility and sustainability; and the further development of telehealth applications which are critical to improving care in rural and remote areas. (http://infoway-inforoute.ca/) • This new investment in *Infoway* will focus on a pan-Canadian approach to health surveillance for management of infectious diseases and where appropriate, integrate this surveillance into the EHR architecture and health infostructure.
The Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP)	A total of 29 cost-shared projects were funded through CHIPP – a $80 million contributions program: two-thirds were telehealth projects; one-third EHRs or a combination of both. Additional project details are available at: http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/about_apropos/chipp-ppics/proj/projti_e.html.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• The program ends in March 2004 with the implementation of 29 major projects across the country, mostly in telehealth and some in EHRs. Project evaluations will immediately follow.	• Most were cost-shared with the provinces/ territories and some with health institutions. • Project and program evaluation results noted improved quality of services and cost efficiencies in the delivery of health services with specific improvements noted for people living in rural and remote communities and in First Nations communities. • Following the sunsetting of CHIPP, all projects received either sustained funding from provincial/territorial governments, or have been merged into other sustained telehealth programs – a further indication of their success.
The Canada Health Portal (CHP)	There are approximately 18,000 site visits by unique users to the CHP (http//chp-pcs.gc.ca/index.jsp) monthly, an increase from the 15,608 monthly average in 2003-2004 and the 11,700 monthly average in 2002-2003. Feedback from users has been positive.
• Launched on the Internet in 2002 as part of the Government On-Line (GOL) initiative*, the CHP will be evaluated in 2003-2004. It will be measured by the number of visits to the site, the volume and types of questions and comments from users, requests for more extensive knowledge sharing about the CHP, and requests by other health information providers to join the site. * http://hc-sc.gc.ca/english/achieving_gol.html	• The CHP was cited in the Accenture e-Government Report released in April 2004, for its initial take-up and we have been invited to speak to various fora about the CHP's success. • The operation of the CHP costs approximately $700,000 annually. • The CHP collaborated with the GOL Youth Cluster in an effort to be responsive to what Canadians want, successfully illustrating how an audience-based cluster and a subject-based cluster can work together to meet the needs of a client segment (youth) effectively. The CHP has since entered into similar arrangements with other clusters. • The CHP is also collaborating with the Province of Ontario, City of Toronto and Province of Manitoba to enhance the provision of seamless, integrated multi-jurisdictional health-related information for citizens.

Priority 2: Increase access to health evidence in support of decision-making and public accountability.

Evidence-based decision-making is key to a more efficient and effective health system, and is a critical component of public accountability. The Department works to make decision-making in the health sector more evidence-based by generating information useful for decision-making, and, by making it more readily available through information and data and systems, research reports and partnerships. It also uses performance indicators to help measure the usefulness of the information for decision-making and to improve accountability to Canadians. For example, all respondents to a recent baseline client survey indicated they used the *Health Policy Research Bulletin* (see table below), for various purposes including 57 percent who reported using it as a reference and 36 percent who stated they used it to assist in policy analysis/development activities.

As well, in 2003-2004, the Health Policy Research Program (HPRP) provided $2,091,323 in financial contributions to projects including new research on Women's Health Indicators, Children's Vulnerabilities to Environmental Exposure, Microbial Food Safety, and Regulation in a Changing World. Preliminary findings of a recent evaluation of the HPRP established that, although it is too early to examine the impact of HPRP research products, the HPRP provides a unique corporate policy research capacity and the priority-setting process has been effective in identifying research themes relevant to Health Canada.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Publish Health Policy Research Bulletin and Policy Research Working Papers.	
• In 2003-2004, the Department plans to publish three bulletins and five working papers, and to conduct a reader survey to determine these publications' influence on program and policy decisions.	• Bulletins were prepared on antimicrobial resistance, complementary and alternative health care, and health human resources. http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/bulletin.html • Working papers were published on defining and measuring social capital as a health determinant. http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html • Readers' surveys showed that these documents were seen as high quality and relevant, and were being used in preparing recommendations to senior management, for policy development and in research planning. • Ten reports were disseminated concerning policy research projects on departmental priorities funded under the HPRP.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Canadian Institute for Health Information (CIHI).	
• Health Canada will continue to support the production and dissemination of health data to the public and specialized audiences. • The Roadmap will undergo a third-party evaluation of its first four years of operation. The evaluation will be completed by September 2003.	• The Health Information Roadmap funded (at a cost of $70 million in 2003-2004) a number of major health information activities at Statistics Canada and the CIHI. These activities included the Canadian Community Health Survey Cycle 1.2 on Mental Health, a major population health survey to help further the understanding of mental health issues in Canada. An evaluation of the first phases of the Health Information Roadmap was completed in October 2003 and is available at: http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/finalreportOct9execsum_e.pdf.
Improve analysis of health issues and enhance Health Canada's capacity to make informed health policy decisions.	
• The Department will focus on data acquisition and database development to build models for pharmaceuticals, pharmacare and health human resources. • Employees' access to the Department's health and socio-economic data will be expanded through a roll-out of a web-based Data and Information System.	• The Health Policy Research Program issued requests for proposals for policy research on Women's Health Indicators, Children's Vulnerabilities to Environmental Exposure, Microbial Food Safety, and Regulation in a Changing World. • A web-based Data and Information System began to be rolled across the Department in fall 2003. Increasing numbers of analysts within Health Canada now have access to a more robust tool from which to draw evidence to build stronger health policies and programs.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
Improve the quality of data and data systems by working with provincial/ territorial officials to report on health system performance using comparable indicators.	
• The Department will work with its partners to develop a plan to achieve the improvements by 2004.	• As planned, the second round of the federal/ provincial/territorial reports on health system performance using comparable indicators will be released in November 2004. Since the release of the 2002 reports, Health Canada has been working to improve the quality of its data and data systems and is confident the newly established measures will meet quality assurance audit requirements.
Health Canada's Performance Management Framework.	
• Beginning with the Departmental Performance Report 2003-2004, Health Canada will report high-level performance information using performance indicators identified in the Framework.	• For the last two years, Health Canada's DPR has included a statistical annex of indicators of the health status of Canadians. Starting with this DPR, selected statistics will be incorporated throughout this Report. Performance information is available for 2003-2004 for many of the indicators in the Department's Performance Management Framework. Where they are not yet available, the data gaps have been identified and plans are being developed to address them.

Priority 3: Establish a Departmental Information Management/Information Technology Strategy.

Strengthening the management of information and communications technologies to ensure they are adequate and as reliable and cost-effective as possible is essential to the efficient and effective delivery of Health Canada's programs and services. In response to recent studies which have pointed to a need to strengthen the management of Information Management / Information Technology / Knowledge Management, the Department has completed the expenditure review; clarified the responsibilities of the functional authority for IM/IT; and, strengthened governance for IM/IT.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Effective and efficient management and use of information and information and communications technologies.	
• The Department will strengthen over the next two years its management of information and information and communications technologies. It will also address key planning and resource allocation issues that affect efficiency and effectiveness.	• The Department has undergone an extensive IM/IT expenditure review resulting in several recommendations for resource re-allocation to improve efficiency and effectiveness. In addition, the Department will be preparing a forward looking IM/IT Strategy by the end of 2004-2005.

Strategic Outcome:

Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs

Objective

To provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and sound management practices across the Department.

Financial Information

Millions of dollars	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Gross expenditures	192.0	291.4	274.9
Revenues	(0.7)	(0.7)	(0.5)
Net expenditures	191.3	290.7	274.4*

* This represents 6.7 percent of the Department's actual spending.

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- funding of $25 million to make a statutory grant payment to the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)
- funding related to support for First Nations' construction/restoration of on-reserve facilities
- funding for incremental costs associated with emergency responses to Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), West Nile virus (WNv) and the human health consequences of Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE)
- new funding for corporate type activities to provide effective support for the delivery of Health Canada Programs

The actual spending is $16.3 million lower than total authorities mainly due to:

- the setting aside of funds to cover increased costs of the employee benefit plan
- lower than expected requirements for SARS and WNv
- year end adjustments of Department of Justice expenditures
- other operating lapses in various programs

Priorities

- Effectively support the delivery of Health Canada's programs through sound management practices, including effective regional delivery of Health Canada's programs tailored to meet local conditions.
- Improve the Department's capacity to perform, harness, translate and use sound science to support evidence-based decision-making, thereby optimizing health outcomes and minimizing health risks for Canadians.

Executive Summary

The success of Health Canada's programs rests in part on a set of core services that supports our operations and contributes to meeting the program and legislative commitments highlighted in this report. Health Canada remains focussed on improving core management practices and support functions. We continuously reinforce the importance of public service values and ethics in order to contribute to more accountable and transparent delivery of our services to Canadians. This Strategic Outcome also includes departmental efforts to maximize the scope and effectiveness of regional service delivery, continue to develop science and research capacity and address the health-related priorities of official language minority communities in Canada.

During 2003-2004, we generally met or exceeded our targets under this Strategic Outcome, including those reflecting the Health Canada Sustainable Development Strategy. While most of the work consisted of the important, ongoing activities that support departmental operations, we placed a particularly strong emphasis on the people aspects of modern management. This was demonstrated through our new Workplace Health and Human Resources Modernization initiative, which brings a holistic approach to workplace health and organizational culture, including issues such as work force representation and staff recruitment. It was also shown through our new Action Plan on Values and Ethics.

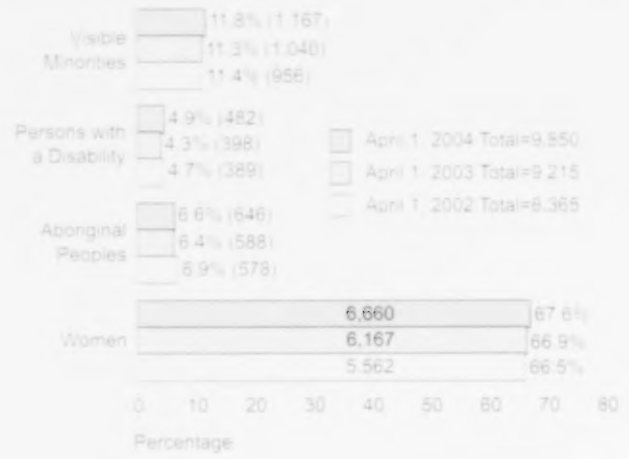
We also devoted significant attention to improving accountability and transparency in our Department in areas such as contracting and our management of grants, contributions and other transfer payments. Supporting all this was an increased emphasis on risk management.

Our Department's activities also reflected larger developments. For example, emergency situations such as SARS and avian influenza

Employment Equity Representation

Since April 1, 2002, the number of Employment Equity (EE) designated group members increased. The most notable increase was for Persons with a Disability (PWD) (24%), while the smallest increase was for Aboriginal Peoples (12%). Over the last year, considerable efforts were deployed to eliminate the under-representation for PWD.

Health Canada is strongly committed to promoting an enabling work environment that embraces employment equity values, is free of harassment or discrimination, and encourages employees to work to their full potential.



Priorities

- Effectively support the delivery of Health Canada's programs through sound management practices, including effective regional delivery of Health Canada's programs tailored to meet local conditions.
- Improve the Department's capacity to perform, harness, translate and use sound science to support evidence-based decision-making, thereby optimizing health outcomes and minimizing health risks for Canadians.

Executive Summary

The success of Health Canada's programs rests in part on a set of core services that supports our operations and contributes to meeting the program and legislative commitments highlighted in this report. Health Canada remains focussed on improving core management practices and support functions. We continuously reinforce the importance of public service values and ethics in order to contribute to more accountable and transparent delivery of our services to Canadians. This Strategic Outcome also includes departmental efforts to maximize the scope and effectiveness of regional service delivery, continue to develop science and research capacity and address the health-related priorities of official language minority communities in Canada.

During 2003-2004, we generally met or exceeded our targets under this Strategic Outcome, including those reflecting the Health Canada Sustainable Development Strategy. While most of the work consisted of the important, ongoing activities that support departmental operations, we placed a particularly strong emphasis on the people aspects of modern management. This was demonstrated through our new Workplace Health and Human Resources Modernization initiative, which brings a holistic approach to workplace health and organizational culture, including issues such as work force representation and staff recruitment. It was also shown through our new Action Plan on Values and Ethics.

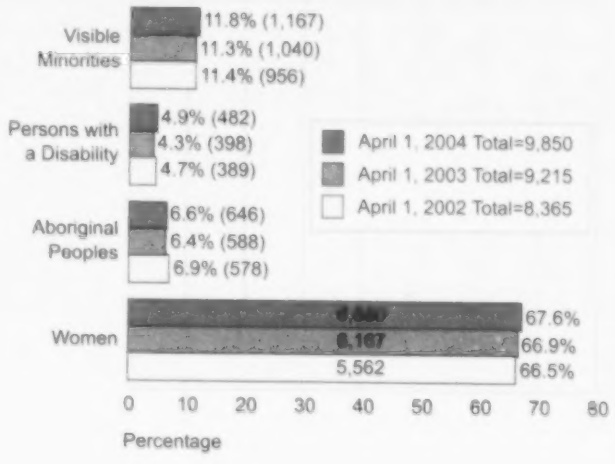
We also devoted significant attention to improving accountability and transparency in our Department in areas such as contracting and our management of grants, contributions and other transfer payments. Supporting all this was an increased emphasis on risk management.

Our Department's activities also reflected larger developments. For example, emergency situations such as SARS and avian influenza

Employment Equity Representation

Since April 1, 2002, the number of Employment Equity (EE) designated group members increased. The most notable increase was for Persons with a Disability (PWD) (24%), while the smallest increase was for Aboriginal Peoples (12%). Over the last year, considerable efforts were deployed to eliminate the under-representation for PWD.

Health Canada is strongly committed to promoting an enabling work environment that embraces employment equity values, is free of harassment or discrimination, and encourages employees to work to their full potential.



required us to provide extensive support to ensure that all affected Health Canada branches and regions were able to meet basic operational needs including extra staff, facilities and equipment. We continued to support the work of community-based organizations addressing the health priorities of official language communities, in keeping with Government of Canada commitments to those communities.

Performance Summary by Priority

Priority 1: Effectively support the delivery of Health Canada's programs through sound management practices, including effective regional delivery of Health Canada's programs tailored to meet local conditions.

To assist the diverse number of Health Canada programs fulfill their objectives as outlined in this Report, the Department has in place a number of support functions that are contributing to the improvement of the quality of the programs and the achievement of results. These include a strategy to strengthen stewardship and accountability and improve risk management practices, the development of a diverse workplace that attracts talented individuals and values employees' health and well-being, the implementation of emergency response plans across the country and the improvement of access to health services in both official languages.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
Health Canada will implement modern management practices by:	The Workplace Health and Human Resources Modernization (WHAHRM) initiative continues to actively promote employees' health and well-being and an enabling work environment that embraces employment equity values, is free of harassment or discrimination and encourages employees to work to their full potential to fulfill the Department's mission.
• Developing a diverse workplace that attracts talented individuals, values and actively promotes employees' health and well-being.	This action plan sets out six priorities retained for the Department: Leadership and Accountability; Modernizing Human Resources Management; Workload; Health of Employees; Facilities; and Communications. Action items will be implemented over a period of three years. Accomplishments to date include: a) the development of a new approach to make the staffing process faster, easier and more responsive to organizational and employee needs. This has resulted in the creation of Pre-Qualified Pools (PQPs) which will mean less time and effort and more flexibility for both employees and managers;

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	b) the launch of a Healthy Cafeteria Program Pilot Project in the National Capital Region to encourage healthy choices, with further roll-out across the country expected in the coming year; c) the design of a National Recruitment Strategy to improve the sustainability of the workforce and contribute to the overall effectiveness of the organization. This Strategy was developed in consultation with stakeholders. It focusses on four key elements to address recruitment issues within Health Canada: rejuvenating the work force; addressing targeted areas and the needs of specific groups; increasing Francophone representation in the Science and Technology category; and fostering diversity; d) the creation of a Workplace Health Network representing all branches, regions and the Pest Management Regulatory Agency (PMRA) to facilitate implementation of the recommendations laid out in the WHAHRM Action Plan. Recognizing the strong link between health of employees and productivity, this Network has worked closely with the program experts in the Department to increase awareness in three key areas: tobacco cessation, nutrition and physical activity; e) Under the workload priority, two communications vehicles were developed to share the results of research and environmental scanning of best practices with managers and employees in the Department. Produced in plain language and offering tips and tricks to cope with workload, WorkSmarts and Innovative Practices are published electronically at least five times each year. The Department has been approached by other government departments and agencies to allow them access to these two products. The outbreak of SARS produced an urgent need which was quickly addressed to increase the number of nurses/physicians as quarantine officers at airports/ports.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• Implementing a Multi-Year Action Plan on Values and Ethics.	The Overall Multi-Year Action Plan on Values and Ethics was developed based on rigorous research and the results of a Department-wide Dialogue on Values and Ethics in which more than 720 employees from across the country participated. The Centre for Workplace Ethics, Audit and Accountability Bureau, is leading this initiative with a total of 4 FTEs and an O&M budget of $220,000. The Action Plan aims at fostering an ethically sound and vibrant culture that best embodies Health Canada and Public Service values and ethics, and promotes individual ethical behaviour. Ultimately, it also serves to maintain and enhance public confidence in the integrity of the Department and the Public Service. HC's Core Values focus on three levels of "good": individual good, "TAKING PRIDE IN WHAT WE DO"; organizational good, "BUILDING A WORKPLACE COMMUNITY"; and public good, "CARING FOR THE PEOPLE OF CANADA". The implementation of the Action Plan which comprises four strategic priorities is well under way with most recommendations having been completed and the remaining currently being addressed. Over the past year, HC's efforts have concentrated on raising awareness; designing and offering state-of-the-art learning activities on ethics; customizing ethics products to meet the needs of various communities of practice; integrating ethics in several activities and processes; and on implementing the Values and Ethics Code for the Public Service. Moreover, to support Health Canada's efforts in fostering an ethically sound and vibrant culture, an internal Disclosure Office was created in 2001 and an Ombudsman Service was established in 2003. Both services are available to all employees across the country.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• Implementing action plans to improve the management and accountability of contracts and grants and contributions.	**Contracting** A Contract Management Framework and its subsequent action plan were developed highlighting a governance structure to identify the roles, responsibilities and accountabilities of individuals and committees involved in the contracting process. As a result, improved working tools, processes, committee structures and up-to-date policy information are now available. Specifically, the Contract and Requisition Control Committee became officially functional April 1, 2003 across the country and is the cornerstone of the active monitoring of contracts and requisitions in the Department. The governance structure of the framework for procurement, planning, risk management and performance measurement is emphasized and the impacts of these functions are being assessed. To enhance the communication of information, a new Materiel Management Intranet site, developed in Lotus Notes, was launched on December 8, 2003. The site replaces the Materiel Management portion of the Health Canada Policy Centre database. It facilitates access to policies, procedures and processes and ensures consistency of information with respect to current legislation and regulations. In addition, a contract management reporting module was developed and implemented in April 2003. Training was provided to all Contract and Requisitions Control Committees, Quality Assurance analysts and Materiel Management Division Staff. To support clear understanding of the accountabilities and responsibilities within the contracting process, a suite of Materiel Management training courses has been put together, with some courses being mandatory for all cost centre managers and administrators.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	Grants and Contributions (Gs & Cs) Following a review of its management framework for grants and contributions, the Department adopted and implemented a comprehensive Grants and Contributions (Gs & Cs) Management Control Framework Action Plan to strengthen control and accountability in the management of grants and contributions. The Action Plan's recommendations deal with processes, structures, policies, resource management, technology, data collection and training. As a result, the improvements include; mandatory training for all employees involved in the management of Gs & Cs; standardization of agreements to meet Treasury Board Transfer Payment Policy; new procedures and approval process for amendments through the Departmental Amendment Policy on transfer payments; high risk amendments subject to review by an Amendment Review Committee; new reporting conditions to be met by recipients with limits to the use of advance payments; and revision of the terms and conditions of all of Health Canada's G & C programs to ensure full compliance with risk management practices and Transfer Payment Policy. The Department has also implemented recommendations received from the Audit and Accountability Bureau and the Departmental Quality Assurance Division which include the development of a portal for employees to access relevant training material, policies, guides and improved data collection and reporting for enhanced decision-making.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• Implementing an Integrated Risk Management Framework to improve risk management practices.	Health Canada's commitment to implement an Integrated Risk Management Framework is a long-term initiative which calls for an ongoing process of identifying and understanding management challenges. One of the steps in the successful implementation was the inclusion of risk considerations in the 2004-2005 Priority Setting Exercise. Bilateral meetings with ADMs and RDGs were conducted to discuss strategic priorities and identify the potential risks that may influence the achievement of departmental priorities. In addition, a series of corporate risk workshop discussions with senior officials was held in the National Capital Region and selected regions.
• Evaluating emergency response plans to improve communication and response during emergencies.	The success of Health Canada's programs rests in part on a set of core services that supports its operations both in the National Capital and throughout the regions. Health Canada continues to develop regional capacity within the emergency preparedness and response function. During 2003-2004, an intensive national competition was conducted to hire six regional emergency preparedness coordinators. As a result, staff have been hired in Quebec and Manitoba/ Saskatchewan and other regions will hire in 2004-2005. Other regions continue to manage this function through the use of contracts and by using regional Health Canada staff.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	Regional emergency response plans are at varying stages of development, testing and refinement. Progress will continue as more permanent staff are hired. Some regions have had more opportunity to test their plans. For example, the Atlantic Region has participated in a number of interdepartmental, provincial and departmental exercises over the past several years and has managed regional health related emergencies. Ontario/Nunavut Region was a key partner in managing Health Canada's regional response to SARS at the Pearson International Airport and within the greater Toronto area. British Columbia/Yukon Territory Region has refined and tested its emergency response plans and demonstrated effective functional capacity through its response to the outbreak of avian influenza. A formal evaluation jointly conducted by the region and the Centre for Emergency Preparedness and Response is under way. All regions continue to share their lessons learned/best practices, as they continue to learn, develop and strengthen their response management capabilities. The departmental program for employee and asset security was maintained at a Level II - Heightened State of Security, commensurate with requirements of the Treasury Board Secretariat's Government Security Readiness Standard. With the approval of the recommendations stemming from the Departmental National Security Review, the process of implementing Phase 1 of a multi-year plan leading to an integrated departmental security program has begun, increasing employee safety and asset security in HC facilities nationally. The Department's program for Business Continuity Planning (BCP) has been accelerated with the development of management tools including an "All Hazards" BCP model, BCP database and training program. HC branches, regions and some agencies are now using these tools to enhance their business continuity levels to ensure the delivery of essential departmental services to Canadians.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• Working with consultative committees to improve access to health services in both official languages.	Consistent with the commitment under the *Official Languages Act*, Health Canada will continue to work, via its two consultative committees, with these communities and other partners to improve access to health services in official languages over the next five years. Financial support is being provided to Official Language Minority Communities via contribution agreements for: • Francophone Community Networks ($1.3 million over one year to Société Santé en français); • Anglophone Community Networks ($4.7 million over five years to Quebec Community Groups Network); • Training and retention of health professionals for Francophone Minority Communities ($63 million over five years to the Consortium national de formation en santé (CNFS) and its 10 member institutions); • Financial support for the creation of mechanisms for promoting the professional training of health professionals in Quebec for Anglophone Minority Communities ($12 million over five years). Operational funding enabled Official Language Minority networks to continue and/or initiate activities. Post-secondary institutions have begun to put French language learning programs in place, and to undertake key research initiatives focussing on increased knowledge and understanding of health issues and applied scientific research. This partnership is guided by the consultative committee reports presented to the Minister of Health in September 2001 by the French-speaking minority community, and in July 2002, by the English-speaking minority community.

Priority 2: Improve the Department's capacity to perform, harness, translate and use sound science to support evidence-based decision-making, thereby optimizing health outcomes and minimizing health risks for Canadians.

The Office of the Chief Scientist (OCS) acts as a catalyst in ensuring that Health Canada performs, secures, interprets and uses excellent science and research to fulfill its mandate, programs and priorities. The OCS undertakes strategic investments in Health Canada's science and research capacity to fulfill its mandate, and to respond to emerging science-based challenges and opportunities.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status

RPP Commitments	Status
The Department will accomplish this priority by:	
• Investing $6 million to fulfill its role as a catalyst and leader in ensuring that the Department has the science capacity to improve health and safety.	The prime purpose of the Chief Scientist's Innovative Science Competition is to stimulate new scientific initiatives and encourage productive intra- and extramural partnerships and innovative thinking in areas that support the departmental mandate and priorities. Funding is allocated on a competitive basis to ensure that only the most excellent and deserving programs and projects are supported. Excellence, alignment, partnering, stewardship and innovation are the key criteria used by the OCS for the assessment of proposals. This year, 19 out of 71 applications were funded for a total of $600,000. The new Post-doctoral Fellowship Program was established in order to offer highly trained and qualified young professionals the opportunity to undertake research within a wide range of scientific disciplines. The Fellowships available for research in the biological, physical, environmental and social sciences will promote Health Canada as a centre of scientific excellence. This fiscal year, 162 applications were received. Results of the peer review panel recommendations are expected to be announced in summer 2004.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• Implementing a Framework for Science to help identify science priorities and activities.	To enable the Department to fulfill its mandate and contribute to the Government's overarching priorities, the OCS has been facilitating the implementation of the Framework for Science. The Department has created an inventory of science activities and has initiated a science needs assessment. The report *Mapping Health Canada's Science* outlines the progress of this exercise and next steps in the development of a strategic science plan.
• Conducting external peer reviews of the science conducted in the Department's research laboratories.	The Zoonotic Disease and Special Pathogens Program was reviewed in 2003-2004 as part of Health Canada's Programmatic Peer Review Program. The site visit took place in Winnipeg on January 20, 2004 and the review report was due in June 2004. Since the Research Ethics Board (REB) commenced work in 2002, it has provided ethics reviews for 91 departmental research projects involving humans. Notable achievements include an annual report with the results of surveys of REB members and the Health Canada researchers and managers who have appeared before the Board, and the establishment of research projects on an ethics review appeal process and a compliance plan to ensure that all human-based research at Health Canada is subject to REB review. The REB and the REB Secretariat continue to make steady progress in building a research ethics culture within Health Canada. http://hc-sc.gc.ca/ocs-besc/english/application/index.html http://hc-sc.gc.ca/ocs-besc/french/application/index.html

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
• Working in collaboration with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) to support Health Canada's scientific requirements in food and water safety.	Now in its third year, the Health Canada Science Forum (formerly called the Health Canada Research Forum: From Science to Policy) profiles the contributions of the Department's science community to policy and practice. In 2003, the Forum attracted more than 500 participants, including approximately 70 from external research organizations. The two-day event featured plenary presentations by respected scientists from within and outside Health Canada as well as a rich and varied program of concurrent sessions focussing on the Department's research and science-based activities. The CIHR Institute of Infection and Immunity (III) has made food and water safety a major research priority for strategic funding. In coordinating Canada's research in this area, III has played an instrumental role in the formation of the Canadian Research Coalition for Safe Food and Water. The goal of the coalition (of which Health Canada is a member) is to build a national, coordinated research agenda in the area of microbial contamination of food and water and antimicrobial resistance in the food chain. A total of $1.5 million per year for three years has been allocated to a pilot project to facilitate the development of new or enhanced research teams comprised of government scientists, professional bodies, industry, and others.
• Other accomplishments not identified in the RPP.	In line with Modern Comptrollership and the Treasury Board Management Accountability Framework, the Facilities Management Directorate initiated a formal approach to integrate delivery of real property and facilities management through the development of the Health Canada Real Property Management Framework.

2003-2004 Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)

RPP Commitments	Status
	Science research program requirements were supported through effective property management and administration of national laboratories. The Department embarked on partnering with other government departments and universities/ institutions as evidenced in work undertaken jointly by Health Canada and the Canadian Food Inspection Agency (CFIA) and the Science Infrastructure Review Working Group (SIR WG). This working group has solidified the collaborative working arrangement between the real property and science programs.

Section IV:

Government Themes and Management Issues

Modern Comptrollership

From Modern Comptrollership to the Management Accountability Framework

Since May 2002, Health Canada has been implementing its Modern Management Strategy and Action Plan to integrate modern comptrollership throughout the organization. Activities identified in the Action Plan were the responsibility of key process owners who implemented their projects within their existing governance structures and accountabilities. This approach ensured that the management improvement agenda was a shared responsibility. The Departmental Executive Sub-Committee on Operations was given an oversight responsibility over the implementation of the Modern Management Strategy and the Office of Modern Comptrollership, Corporate Services Branch, provided the committee with regular updates on the implementation of the strategy. Most activities identified in the Action Plan have now been completed or are well under way.

Building on the progress accomplished in the implementation of its Modern Management Strategy, Health Canada was ready to adopt the Management Accountability Framework (MAF), introduced by the Treasury Board Secretariat in June 2003. It was immediately seen as a tool that would ensure continuity in efforts to improve management practices. Even before the MAF was officially launched, representatives from the Treasury Board Secretariat were invited to the Departmental Executive Committee and to the Sub-Committee on Operations to present the Framework and stimulate a discussion about its operationalization.

A mapping of Health Canada processes and improvement initiatives against the MAF has showed that the foundation for modern management is well established within the Department, as a result of implementing the Modern Comptrollership Action Plan. This mapping was used as the basis for a bilateral meeting between the Deputy Minister and Treasury Board Secretary in March 2004.

As our new Minister came to office on December 12, he was asked by the Prime Minister to examine the structures and accountability mechanisms of the Health Portfolio and to report on management issues and measures taken to improve accountability, using the Management Accountability Framework as a guide. The Health Portfolio comprises the Department of Health and three independent agencies: the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), the Patented

Medicine Prices Review Board (PMPRB) and the Hazardous Materials Information Review Commission (HMIRC).

This report set precedents in many ways. It was the first time that the Management Accountability Framework was used to assess and report on the state of management of organizations. It was also the first time that all entities within the Health Portfolio collaborated to present a joint report of this nature, given that the four organizations function independently. Looking at the Health Portfolio through the lens of the Management Accountability Framework provided a broad perspective on management practices as well as the numerous improvement initiatives under way throughout the Portfolio.

Working together on this report provided all four organizations with great opportunities to learn from each other and share best practices and common challenges. It created an opportunity to build new relationships that will most likely have an impact even beyond the Health Portfolio.

Strengthening Stewardship and Accountability

Major efforts in improving management practices were focussed on strengthening stewardship and accountability. As reported under Section III - Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs, the Department adopted and implemented comprehensive actions plans to improve the management of contracts and of grants and contributions. Mandatory training and new management tools have contributed to significant improvements in these areas.

In June 2003, the Department approved the document: *A Strategy to Implement an Integrated Risk Management Framework*. Nine months into the implementation of the Strategy, significant progress has been made in building the foundation for IRM. Work commenced on the main activities and key accomplishments include: the integration of a risk management lens in the Department's business planning cycle, the delivery of a series of workshops on risk management awareness and corporate risk discussions which were held in the NCR and selected regions; and inclusion of corporate risk information in the 2004-2005 RPP.

In compliance with the Prime Minister's Proactive Disclosure policy announcement of December 12, 2003 on the mandatory publication of travel and hospitality expenses for identified positions, Health Canada was successful in meeting the information requirements of the initial quarterly reporting deadline of March 31, 2004. This information was posted on the Health Canada website, thus making it available to all Canadians. Policies and procedures have been established to ensure compliance with mandated Proactive Disclosure reporting cycles.

In March 2003, Health Canada adopted a new Performance Management Framework that links performance indicators to each of the departmental strategic outcomes. The Department has committed to reporting on high level performance information using the indicators in the 2004-2005 Departmental Performance Report. The Performance Management Framework is used as the foundation for the new Program Activity Architecture.

The above-noted key accomplishments are complemented by improvements put in place by individual branches and regions. The result is an organization where employees have the right balance of authority, systems and oversight in order to achieve positive results for all Canadians.

Sustainable Development

Health Canada's second Sustainable Development Strategy (SDS) 2000 was

developed according to key federal sustainable development reports, priorities, and initiatives. These include the guidelines for departmental strategies detailed in A Guide to Green Government and the Commissioner of the Environment and Sustainable Development's expectations for the second wave of departmental SDSs in the 1999 document Moving up the Learning Curve: the Second Generation of Sustainable Development Strategies. SDS 2000 outlined an ambitious set of commitments designed to encourage integration of sustainable development thinking into all aspects of departmental operations. The three year strategy was developed with three priority areas for action, referred to in the Strategy as themes.

- Helping to create healthy social and physical environments.
- Integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes.
- Minimizing the environmental health effects of the Department's physical operations and activities.

Within these three theme areas, organizational commitments were classified under objectives and then targets. Objectives are the priority outcomes that support each sustainable development theme, while targets are the more specific and measurable outputs that contribute to realizing each objective.

By the end of the SDS 2000 on March 31, 2004, the Department had completed 108 (84 percent) of 129 target commitments. Eighteen targets (14 percent) have been carried over into the SDS 2000 Extended Action Plan and three targets (2 percent) were dropped through established corrective action procedures. For more details, please consult the *SDS 2000 Final Report* at: http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur.

In keeping with federal legislative requirements under the *Auditor General's Act*, Health Canada tabled its third strategy in February 2004. The latest strategy attempts to build on the success of the previous two and has maintained the three themes outlined in SDS 2000. The latest strategy is designed to provide staff with information and practical tools that will help them integrate SD principles into their day-to-day activities and outlines Health Canada's overall strategic direction for sustainable development.

Health Canada's commitment to sustainable development extends into all legislative, policy and program initiatives. It also extends well beyond the three-year lifetime of each strategy. The Department promotes the integration of the three sustainable development pillars, i.e. environmental, economic, and social/cultural aspects, as an essential component of its approach to decision-making.

Pollution prevention is a key component of sustainable development implementation at Health Canada. The federal government defines pollution prevention as "the use of processes, practices, materials, products, substances or energy that avoid or minimize the creation of pollutants and waste, and reduce overall risk to human health or the environment".

In addition to the outcomes reported in the *SDS 2000 Final Report*, Health Canada:

- continued to find ways to reduce the consumption of energy and water. For example, one laboratory expects to save more than 20,000 L of hot water per year by revising glassware cleaning operations and a geothermal system at one health care centre is expected to result in 30 percent energy recovery on heating and 100 percent recovery on air conditioning;
- began implementation of a branch-wide Environmental Assessment Program to assess environmental aspects such as (but not limited to): energy efficiency, hazardous materials, hazardous waste management and water quality at all First Nations and Inuit Health Branch facilities;

- began implementing a Green Defensive Driving Course in each region to conserve fuel and maximize safety. Alberta/NWT Region trained 118 employees in 2003-2004;
- conducted waste audits at most custodial laboratories to determine potential ways to decrease the amount of waste generated.

Service Improvement Initiative

The Service Improvement Initiative (SII) applies to departments with significant direct service delivery to Canadians, and its purpose is to improve Canadians' satisfaction with the services they receive. Health Canada has been identified as one of these departments and is actively participating in implementing the SII.

1. Programs and services covered by the service improvement initiative:

To date, the Department has identified six key services for inclusion in the SII. They are: *It's Your Health* (IYH) general health information fact sheets; Pest Management Information 1-800 line; the Canadian Health Network (CHN); the National First Nations and Inuit Health Branch Drug Exception Centre; Health Canada 1-800 General Enquiries line in Ontario and a proposed National 24/7 Emergency Call Management System. Part of the feedback strategy is to periodically perform follow-up client satisfaction surveys. The analysis of these surveys assists in understanding client needs and expectations and identifies where service improvements can be made.

2. Development of baseline client satisfaction levels and progress toward achieving satisfaction targets:

Baseline client satisfaction levels were set in 2002-2003. This fiscal year, follow-up client satisfaction surveys were completed using the Common Measurement Tool for four of the six initiatives. Analysis of the follow-up surveys has been compared to the original baseline results.

Table for Overall Client Satisfaction Scores

Based on the Common Measurement Tool Overall Satisfaction Scale from 1 to 5 where 1 is very dissatisfied and 5 is very satisfied.

Initiative	Baseline Results	Second Survey Results
It's Your Health	4.0	4.18
PMRA – 1-800 Information System		
• General Public	4.63	4.63
• Registrants	4.15	4.19
Canadian Health Network	3.3	Survey in progress
Non-Insured Health Benefits National Drug Exception Centre	4.0	3.3*

* A key event that affected service was the Ontario power blackout during the summer of 2003 resulting in a significant backlog of requests. Unfortunately, the blackout coincided with the annual anniversary of pharmacists requesting renewals for funding approvals. These two factors undoubtedly had a significant impact on the timeliness and accessibility of the service.

3. Service standards for all key public services - setting of standards and performance against those standards:

Although the Department has established service standards, these have not yet been published. However, their publication has been identified as a priority for 2004-2005.

4. Main achievements in improving service from a citizen-centred perspective:

- *It's Your Health* was made more accessible on-line in PDF format.
- Pest Management Regulatory Agency (PMRA) made improvements to its telephone menus in accordance with clients' recommendations.
- The CHN revamped the design of their web page to make it more user friendly and to improve the search engine capabilities on the site.
- The National Drug Exception Centre increased the number of callers who could join a telephone queue before a busy signal necessitates a call back.

Foundations

Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)

In 2003, the federal government contributed $25 million to the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) to deliver an innovative program that will give health service professionals and their organizations the skills to find, assess and interpret research in order to better manage the Canadian health care system. The goal of the Executive Training for Research Application (EXTRA) program is to create a culture of research-based decision-making in health care organizations so they can manage change effectively.

Starting in May 2004 and continuing for the next 10 years, CHSRF will enroll 24 fellows annually in the two-year EXTRA program. The 2004 budget for EXTRA has been set at $2.4 million. The goal is to have equal participation over time from nursing executives, physician executives and other health administration executives to encourage collaboration in the management of health care delivery. An evaluation team, lead by Dr. Malcolm Anderson from Queen's University, has been awarded a five-year grant to ensure that ongoing evaluation is built into the management and delivery of EXTRA. Further details on EXTRA, as well as CHSRF's *Annual Report* and Strategic Plan, are available on the CHSRF website at: http://www.chsrf.ca.

Canada Health Infoway Inc.

In support of the September 2000 First Ministers' Agreement on Health, the federal government invested $500 million in Canada Health Infoway Inc. (*Infoway*), an independent not-for-profit corporation whose membership consists of Deputy Ministers of Health from all federal, provincial and territorial governments. *Infoway's* mandate is to accelerate the development and adoption of modern systems of health information and communications technologies and to define and promote standards governing shared data to ensure compatibility of health information standards.

Budget 2003 included an additional commitment of $600 million in support of the Health Accord 2003 which placed priority on implementation of electronic health records (EHR) and further development of telehealth applications. Budget 2004 included another commitment of $100 million to *Infoway* toward the development of a pan-Canadian health surveillance system.

In 2003-2004, to reflect the additional $600 million funding to accelerate EHRs and the expanded mandate of telehealth, *Infoway* implemented a more strategic program approach to investments which includes target commitments and defined investment formulas for each of the five key building blocks of the EHR (infostructure, registries, pharmacy, diagnostic and laboratory information systems) and telehealth. A greater emphasis was also placed on collaborative planning with jurisdictions to identify their EHR priorities for development and deployment and readiness, and to develop a framework for evaluating benefits.

Some of the documents made public by *Infoway* in 2003-2004 include a summary of the 2003-2004 Business Plan, Building Momentum, its *Annual Report* 2003, *EHRS Blueprint: an interoperable EHR Framework* (a guide to the development and implementation of electronic health record solutions (EHRS) in Canada), as well as information on approved projects. As of March 31, 2004, *Infoway* had budgeted $125.4 million for 53 approved projects designed to accelerate the development of electronic health information systems that can be interlinked across Canada. For further information, please consult: http://www.infoway-inforoute.ca/.

Canadian Institute for Health Information

To enhance the Roadmap Initiative, Budget 2003 allocated an additional $70 million to the Canadian Institute for Health Information (CIHI). The objectives outlined in the funding agreement and continued from the original Roadmap Initiative, are as follows:

- help provide the information necessary for health care providers and managers to measure and report on performance;
- help provide the evidence-base necessary for health care providers and managers to make informed decisions about health system renewal;
- help create the information necessary for Canadians to make informed decisions about their health and their use of health services;
- expand the sharing of health information through a comprehensive approach to data dissemination that respects the privacy of Canadians.

In order to support these goals, CIHI is to develop health indicators, data standards, fill data gaps, build analytical capacity and disseminate relevant information to stakeholders, researchers and other Canadians.

An evaluation by IBM Business Consulting Services was completed in October 2003 for the original Roadmap Initiative. The overall results confirmed that the implementation was successful. For example:

- Thirty Roadmap projects reported that they met their objectives, nine projects met most of their objectives and one project was discontinued.
- From 1999 to 2003, 239 Roadmap related deliverables were released, the majority within 30 days of the committed release date.
- Several data gaps were filled including regional level health status data, ambulatory care data, and rehabilitation data.
- Standardization of data across the country was improved.

For further information, please consult: www.cihi.ca.

Procurement and Contracting

Points to address:	Organization input:
1. Role played by procurement and contracting in delivering programs.	Procurement and contracting play an integral role in the support of program delivery in this Department. The aim of procurement and contracting is to provide materiel and services in conjunction with program activities aimed at achieving departmental goals and objectives.
2. Overview of the contracting management processes and strategy within the Department.	A new contracting process launched April 1, 2003 is working very well, continues to evolve, and is achieving the expected results. For example: • Senior management remains engaged in the implementation of the Contract Management Framework (CMF) Action Plan. • Governance structure has been improved by way of strengthened Contract and Requisition Control Committees (CRCCs). • Risk management, procurement planning and performance measurement are priority issues for the coming year. • Levels of delegated signing authorities have been revised to mitigate risk and make sure transactions are approved at the appropriate management level. Health Canada will continue to pursue and implement the remaining activities in the CMF Action Plan and monitor its effectiveness through various venues, including audits and feedback from clients and CRCCs in the branches and regions.
3. Progress and new initiatives enabling effective and efficient procurement practices.	Health Canada continues to make significant strides to improve the management and accountability of its contracting and procurement functions. The Contract Management Framework (CMF) Action Plan is well into implementation, is monitored by senior managers of the Assets Management Directorate and is expected to be fully implemented by December 2004. Some of the issues already implemented from the CMF Action Plan include mandatory training for managers, new tracking/ database systems, the establishment of Contract Review and Control Committees and the creation of a quality assurance function. The Materiel Management Division's Intranet site has been developed and was launched on December 8, 2003. The site is the primary tool to ensure all parties involved in the contracting process are apprised of activities and changes in operations; have easier access to policies and procedures; and have additional information and working tools essential to the contracting process (work templates, guides, FAQs, etc.).

Section V:

Financial Performance

Financial Performance Overview

The following financial summary tables are presented to provide an overview of Health Canada's 2003-2004 resource utilization along with prior years' comparative information. Health Canada continues to strive to utilize resources in the most effective and efficient way possible which usually includes undertaking "in-year" resource reallocations.

In 2003-2004, the Department was requested to contribute $40 million towards the federal government's $1 billion reallocation exercise. Part of this contribution was redirected back to Health Canada for SARS/WNv/BSE activities, as well as to increase funding for the Territories to ensure that residents are better placed to benefit from health care reform. The necessary savings required to conduct this reallocation were generated through:

- general efficiency savings, reduced discretionary spending and re-engineering program delivery mechanisms;
- slower than expected Budget 2003 initiatives;
- small reduction in various other programs.

Health Canada's contribution to the $1 billion reallocation exercise and other internal reallocations were structured to ensure that our commitments to federal-provincial-territorial initiatives and accords, as well as our work on important health issues, were not impaired.

Financial Table 1:
Summary of Voted Appropriations Authorities for 2003-2004

This table reflects the break down of Health Canada's resources by Voted Appropriations. Health Canada at present has two votes: Vote 1 for Operating Expenditures and Vote 5 for Grants and Contributions.

Actual spending for Operating resources (Vote 1) is $74.8 million lower than authorities, mainly resulting from lapses related to:

- delays related to Therapeutics Access Strategy, Agricultural Policy Framework, and Indian Residential Schools;
- Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) / West Nile virus (WNv) / Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) funds resulting from lower than anticipated requirements;
- decrease in Non-Insured Health Benefits planned spending;
- year end adjustments of Department of Justice expenditures; and
- operating lapses in various programs;

Actual spending for Transfer Payments (i.e. Vote 5 – Grants and Contributions) is $2.6 million lower than authorities, mainly due to the establishment of a frozen allotment (resources not requested through Supplementary Estimates due to lower requirements) and delays in construction related to First Nations.

The total authorities (excluding statutory items) are $660 million higher (Operating – Vote 1 $301.2 million, Transfer Payments – Vote 5 $358.8 million) than planned spending. These additional resources consist primarily of the following initiatives:

- Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)/West Nile virus (WNv)/Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE)
- First Nations and Inuit Health Sustainability
- Therapeutics Access Strategy
- First Nations Water Management System
- 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal
- National Immunization Strategy
- Indian Residential Schools

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

		2003-2004		
Vote	**Health Canada**	**Planned Spending[1]**	**Total Authorities[2]**	**Actual Spending[2]**
1	Operating Expenditures	1,438.2	1,739.4	1,664.6
5	Grants and Contributions	1,266.6	1,625.4	1,622.8
(S)	Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	0.1
(S)	Contributions to employee benefit plans	102.4	110.9	110.9
(S)	Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.4	0.2
(S)	Canada Health Infoway Inc.	-	600.0	600.0
(S)	Canadian Health Services Research Foundation	-	25.0	25.0
(S)	Canadian Institute for Health Information	-	70.0	70.0
(S)	Payments for insured health services and extended health care services	-	-0.1	-0.1
(S)	Refunds of amounts credited to revenues in previous years	-	0.2	0.2
	Total Department	**2,807.2**	**4,171.3**	**4,093.7**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

1) from the 2003-2004 Report on Plans and Priorities

2) from the 2003-2004 Public Accounts

S) indicates expenditures the Department is required to make that do not require an appropriation act

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

		2003-2004		
Vote	Health Canada	Planned Spending[1]	Total Authorities[2]	Actual Spending[2]
1	Operating Expenditures	1,438.2	1,739.4	1,664.6
5	Grants and Contributions	1,266.6	1,625.4	1,622.8
(S)	Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	0.1
(S)	Contributions to employee benefit plans	102.4	110.9	110.9
(S)	Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.4	0.2
(S)	Canada Health Infoway Inc.	-	600.0	600.0
(S)	Canadian Health Services Research Foundation	-	25.0	25.0
(S)	Canadian Institute for Health Information	-	70.0	70.0
(S)	Payments for insured health services and extended health care services	-	0.1	0.1
(S)	Refunds of amounts credited to revenues in previous years	-	0.2	0.2
	Total Department	**2,807.2**	**4,171.3**	**4,093.7**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities

1) from the 2003-2004 Report on Plans and Priorities

2) from the 2003-2004 Public Accounts

S) indicates expenditures the Department is required to make that do not require an appropriation act

Financial Table 2:
Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table reflects how resources are used within Health Canada by appropriation and by business line. Explanations of variances by business line can be found in Section III: Performance Discussion. Further details for non-respendable revenues can be found in Table 5: Revenue. Cost of services provided by other departments includes accommodation, workers' compensation coverage, legal services, and employee insurance plans.

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Full-Time Equivalents	Operating	Capital	Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Health Care Policy							
(Planned spending)	402	79.9		228.7	308.6		308.6
(Total authorities)	*358*	*80.9*		*249.0*	*329.9*		*329.9*
(Actual spending)	**344**	**76.4**		**248.0**	**324.4**		**324.4**
Health Promotion and Protection							
(Planned spending)	4,617	587.7		286.0	873.7	(57.5)	816.2
(Total authorities)	*4,828*	*657.3*	*0.8*	*606.4*	*1,264.5*	*(57.5)*	*1,207.0*
(Actual spending)	**5,013**	**616.2**	**0.8**	**606.4**	**1,223.4**	**(49.5)**	**1,173.9**
First Nations and Inuit Health							
(Planned spending)	1,473	705.3		708.4	1,413.7	(5.5)	1,408.2
(Total authorities)	*1,535*	*874.7*		*703.7*	*1,578.4*	*(5.5)*	*1,572.9*
(Actual spending)	**1,815**	**855.2**		**702.2**	**1,557.4**	**(3.5)**	**1,553.9**
Information & Knowledge Management							
(Planned spending)	608	64.2		18.7	82.9		82.9
(Total authorities)	*607*	*80.4*		*690.4*	*770.8*		*770.8*
(Actual spending)	**655**	**76.7**		**690.4**	**767.1**		**767.1**
Departmental Management & Administration							
(Planned spending)	1,300	163.3	3.9	24.8	192.0	(0.7)	191.3
(Total authorities)	*1,612*	*216.6*	*4.1*	*70.7*	*291.4*	*(0.7)*	*290.7*
(Actual spending)	**1,745**	**200.1**	**4.1**	**70.7**	**274.9**	**(0.5)**	**274.4**
Total							
(Planned spending)	**8,400**	**1,600.4**	**3.9**	**1,266.6**	**2,870.9**	**(63.7)**	**2,807.2**
(Total authorities)	***8,940***	***1,909.9***	***4.9***	***2,320.2***	***4,235.0***	***(63.7)***	***4,171.3***
(Actual spending)	**9,572**	**1,824.6**	**4.9**	**2,317.7**	**4,147.2**	**(53.5)**	**4,083.7**
Other Revenues and Expenditures							
Non-Respendable Revenues							
(Planned spending)							(8.2)
(Total authorities)							*(8.2)*
(Actual spending)							**(56.0)**
Cost of services provided by other departments							
(Planned spending)							78.6
(Total authorities)							*78.6*
(Actual spending)							**89.5**
Net Cost of the Program							
(Planned spending)							**2,877.6**
(Total authorities)							***4,241.7***
(Actual spending)							**4,127.2**

Financial Table 3:
Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table shows the trend of expenditures over time by business line.

The $1,375.8 million increase in spending from 2002-2003 to 2003-2004 is mainly the result of new initiatives announced in recent Budget speeches, funding for SARS/WNv/BSE, the incremental increase of approved resources, and the payment of four large grants (Province of Ontario for SARS, Canada Health Infoway, Canadian Health Services Research Foundation, and Canadian Institute for Health Information).

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Business Lines	Actual Spending	Actual Spending	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Health Care Policy	107.1	133.1	308.6	329.9	324.4
Health Promotion and Protection	743.0	802.2	816.2	1,207.0	1,173.9
First Nations and Inuit Health	1,339.1	1,465.4	1,408.2	1,572.9	1,553.9
Information & Knowledge Management	281.3	111.1	82.9	770.8	767.1
Departmental Management & Administration	208.6	206.1	191.3	290.7	274.4
Total	**2,679.1**	**2,717.9**	**2,807.2**	**4,171.3**	**4,093.7**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 2:
Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table reflects how resources are used within Health Canada by appropriation and by business line. Explanations of variances by business line can be found in Section III: Performance Discussion. Further details for non-respendable revenues can be found in Table 5: Revenue. Cost of services provided by other departments includes accommodation, workers' compensation coverage, legal services, and employee insurance plans.

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Full-Time Equivalents	Operating	Capital	Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Health Care Policy							
(Planned spending)	442	79.8		228.7	308.5		308.5
(Total authorities)	354	80.4		249.0	329.4		329.4
(Actual spending)	344	76.4		248.0	324.4		324.4
Health Promotion and Protection							
(Planned spending)	4,617	587.7		286.0	873.7	(57.5)	816.2
(Total authorities)	4,808	657.3	0.8	606.4	1,264.5	(57.5)	1,207.0
(Actual spending)	5,013	616.2	0.8	606.4	1,223.4	(49.5)	1,173.9
First Nations and Inuit Health							
(Planned spending)	1,471	705.5		718.4	1,423.7	(3.5)	1,420.2
(Total authorities)	1,535	874.7		703.7	1,578.4	(3.5)	1,574.9
(Actual spending)	1,815	855.2		702.2	1,557.4	(3.5)	1,553.9
Information & Knowledge Management							
(Planned spending)	606	64.2		18.7	82.9		82.9
(Total authorities)	667	90.4		690.4	770.8		770.8
(Actual spending)	655	76.7		690.4	767.1		767.1
Departmental Management & Administration							
(Planned spending)	1,304	163.2	3.9	24.5	191.6	(0.7)	190.9
(Total authorities)	1,572	275.8	4.1	70.7	297.4	(0.7)	296.7
(Actual spending)	1,745	200.1	4.1	70.7	274.9	(0.5)	274.4
Total							
(Planned spending)	8,400	1,600.4	3.9	1,266.6	2,870.9	(63.7)	2,807.2
(Total authorities)	8,940	1,909.9	4.9	2,320.2	4,235.0	(63.7)	4,171.3
(Actual spending)	9,572	1,824.6	4.9	2,317.7	4,147.2	(53.5)	4,093.7
Other Revenues and Expenditures							
Non-Respendable Revenues							
(Planned spending)							(56.2)
(Total authorities)							(56.2)
(Actual spending)							(56.0)
Cost of services provided by other departments							
(Planned spending)							79.6
(Total authorities)							79.6
(Actual spending)							89.5
Net Cost of the Program							
(Planned spending)							2,877.6
(Total authorities)							4,241.7
(Actual spending)							4,127.2

Financial Table 3:
Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

This table shows the trend of expenditures over time by business line.

The $1,375.8 million increase in spending from 2002-2003 to 2003-2004 is mainly the result of new initiatives announced in recent Budget speeches, funding for SARS/WNv/BSE, the incremental increase of approved resources, and the payment of four large grants (Province of Ontario for SARS, Canada Health Infoway, Canadian Health Services Research Foundation, and Canadian Institute for Health Information).

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Business Lines	Actual Spending	Actual Spending	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Health Care Policy	107.1	133.1	308.6	329.9	324.4
Health Promotion and Protection	743.0	802.2	816.2	1,207.0	1,173.9
First Nations and Inuit Health	1,339.1	1,465.4	1,408.2	1,572.9	1,553.9
Information & Knowledge Management	281.3	111.1	82.9	770.8	767.1
Departmental Management & Administration	208.6	206.1	191.3	290.7	274.4
Total	**2,679.1**	**2,717.9**	**2,807.2**	**4,171.3**	**4,093.7**

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 4: Crosswalk between Strategic Outcomes and Business Lines

Total Planned Spending and Actual Spending 2003-2004 (millions of dollars)

		Business Lines						Business Lines	
Strategic Outcomes		**Health Care Policy**	**Health Promotion & Protection**	**First Nations and Inuit Health**	**Information & Knowledge Management**	**Departmental Management & Administration**	**Total ($)**	**% of Total**	**FTEs**
Enhanced access to quality health services for Canadians	(Planned spending)	308.6					308.6	11.0%	402
	(Actual spending)	**324.4**					**324.4**	**7.9%**	**344**
A healthier population by promoting health and preventing illness	(Planned spending)		432.9				432.9	15.4%	1,132
	(Actual spending)		**773.4**				**773.4**	**18.9%**	**1,453**
Safe health products and food for Canadians	(Planned spending)		149.2				149.2	5.3%	1,787
	(Actual spending)		**154.4**				**154.4**	**3.8%**	**1,738**
Healthier environments and safer products for Canadians	(Planned spending)		198.9				198.9	7.1%	1,192
	(Actual spending)		**206.5**				**206.5**	**5.0%**	**1,340**
Sustainable pest management products and programs for Canadians	(Planned spending)		35.2				35.2	1.3%	506
	(Actual spending)		**39.6**				**39.6**	**1.0%**	**482**
Healthier First Nations and Inuit through collaborative delivery of health promotion, disease prevention, and health care services	(Planned spending)			1,408.2			1,408.2	50.2%	1,473
	(Actual spending)			**1,553.9**			**1,553.9**	**38.0%**	**1,815**
Improved evidence-base and increased use of information and communication technologies to support health decision-making	(Planned spending)				82.9		82.9	2.9%	608
	(Actual spending)				**767.1**		**767.1**	**18.7%**	**655**
Effective support for the delivery of Health Canada's programs	(Planned spending)					191.3	191.3	6.8%	1,300
	(Actual spending)					**274.4**	**274.4**	**6.7%**	**1,745**
Strategic Outcomes	(Planned spending)	308.6	816.2	1,408.2	82.9	191.3	2,807.2		
	(Actual spending)	**324.4**	**1,173.9**	**1,553.9**	**767.1**	**274.4**	**4,093.7**		
% of Total	(Planned spending)	11.0%	29.1%	50.2%	2.9%	6.8%		100.0%	
	(Actual spending)	**7.9%**	**28.7%**	**38.0%**	**18.7%**	**6.7%**		**100.0%**	
Full-Time Equivalents (FTEs)	(Planned spending)	402	4,617	1,473	608	1,300			8,400
	(Actual spending)	**344**	**5,013**	**1,815**	**655**	**1,745**			**9,572**

Note: 1) due to rounding, figures may not add up to totals shown.

2) Actual spending is higher than planned spending as additional authorities were provided to the Department by Parliament during fiscal year for specific initiatives (e.g. SARS / WNv / BSE, First Nations and Inuit Health Sustainability, Therapeutic Access Strategy).

Financial Table 5: Revenue

Reflected in this table is the collection of respendable revenues by business line/service line and of non-respendable revenues by classification and source.

Respendable revenues refers to funds collected for user fees or for the recovery of the cost of departmental services. These revenues include those both external and internal to the government, the majority being external. A variety of respendable revenues are collected which include Medical Devices, Radiation Dosimetry, Drug Submission Evaluation, Veterinary Drugs, Pest Management Regulation, Product Safety, hospital revenues resulting from payments for services provided to First Nations and Inuit Health hospitals, which are covered under provincial or territorial plans, and for the sale of drugs and health services for First Nations communities.

The actual respendable revenues have remained relatively constant during the period shown, with the exception of First Nations and Inuit Health. The variance between 2002-2003 and 2003-2004 is due to the transfer to provincial jurisdiction of $3.6 million in revenue authorities related to the Sioux Lookout Hospital.

Non-respendable revenues are shown by source in order to reflect the information in a useful format. The Department is not allowed to respend these revenues.

Revenues (millions of dollars)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
	Actual Revenues	Actual Revenues	Planned Revenues	Total Authorities[1]	Actual Revenues
Respendable Revenues[2]					
Business Lines/Service Lines					
Health Promotion and Protection					
Population and Public Health	0.1	0.1	-	0.0	0.1
Health Products and Food	35.5	32.2	40.7	40.7	34.2
Healthy Environments and Consumer Safety	7.4	7.5	9.8	9.8	8.6
Pest Management Regulation	6.9	6.8	7.0	7.0	6.6
First Nations and Inuit Health					
First Nations and Inuit Health	6.9	5.9	5.5	5.5	3.5
Departmental Management and Administration					
Corporate Services	0.4	0.4	0.7	0.7	0.5
Total Respendable Revenues[2]	**57.2**	**52.9**	**63.7**	**63.7**	**53.5**
Non-Respendable Revenues					
Main Classification and Source					
Non-tax revenues:					
Refunds of expenditures	14.5	27.0	-	-	43.9
Sales of goods and services	-	0.7	-	-	6.1
Other fees and charges	1.8	7.2	8.2	8.2	5.8
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.6	0.3	-	-	0.2
Miscellaneous non-tax revenues	15.6	-	-	-	0.0
Total Non-Respendable Revenues	**32.5**	**35.2**	**8.2**	**8.2**	**56.0**
Total Revenues	**89.7**	**88.1**	**71.9**	**71.9**	**109.5**

1) Total Authorities are Main Estimates plus other authorities.

2) Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.

Financial Table 4: Crosswalk between Strategic Outcomes and Business Lines

Total Planned Spending and Actual Spending 2003-2004 (millions of dollars)

Strategic Outcomes		Business Lines					Total ($)	Business Lines	
		Health Care Policy	Health Promotion & Protection	First Nations and Inuit Health	Information & Knowledge Management	Departmental Management & Administration		% of Total	FTEs
Enhanced access to quality health services for Canadians	(Planned spending)	308.6					308.6	11.0%	340
	(Actual spending)	324.4					324.4	7.9%	344
A healthier population by promoting health and preventing illness	(Planned spending)		432.9				432.9	15.4%	1,132
	(Actual spending)		773.4				773.4	18.9%	1,453
Safe health products and foods for Canadians	(Planned spending)		149.2				149.2	5.3%	1,707
	(Actual spending)		154.4				154.4	3.8%	1,738
Healthier environments and safer products for Canadians	(Planned spending)		198.9				198.9	7.1%	1,102
	(Actual spending)		206.5				206.5	5.0%	1,340
Sustainable and manageable health and programs for Canadians	(Planned spending)		35.2				35.2	1.3%	468
	(Actual spending)		39.6				39.6	1.0%	482
Healthier First Nations and Inuit through collaborative delivery of health promotion, disease prevention, and health care services	(Planned spending)			1,408.2			1,408.2	50.2%	1,473
	(Actual spending)			1,553.9			1,553.9	38.0%	1,815
Improved governance, accountability, sectoral and multisectoral action and accommodation mechanisms to support health outcomes today	(Planned spending)				82.9		82.9	2.9%	666
	(Actual spending)				767.1		767.1	18.7%	655
Effective support for the delivery of Health Canada programs	(Planned spending)					191.3	191.3	6.8%	1,400
	(Actual spending)					274.4	274.4	6.7%	1,745
Strategic Outcomes	(Planned spending)	308.6	816.2	1,408.2	82.9	191.3	2,807.2		
	(Actual spending)	324.4	1,173.9	1,553.9	767.1	274.4	4,093.7		
% of Total	(Planned spending)	11.0%	29.1%	50.2%	2.9%	6.8%		100.0%	
	(Actual spending)	7.9%	28.7%	38.0%	18.7%	6.7%			
Full-Time Equivalents (FTEs)	(Planned spending)	340	1,132	1,473	666	1,400			5,400
	(Actual spending)	344	1,453	1,815	655	1,745			9,572

Note: Due to rounding, figures may not add up to totals shown.

[illegible] Note: Expenditures in regions (non-normal operations or initiatives administered by the Department by Parliament during [illegible] year) [illegible] Yukon, [illegible] Nunavut and First Nations and Inuit Health activity "Responsible Access (Pooling)".

Financial Table 5: Revenue

Reflected in this table is the collection of respendable revenues by business line/service line and of non-respendable revenues by classification and source.

Respendable revenues refers to funds collected for user fees or for the recovery of the cost of departmental services. These revenues include those both external and internal to the government, the majority being external. A variety of respendable revenues are collected which include Medical Devices, Radiation Dosimetry, Drug Submission Evaluation, Veterinary Drugs, Pest Management Regulation, Product Safety, hospital revenues resulting from payments for services provided to First Nations and Inuit Health hospitals, which are covered under provincial or territorial plans, and for the sale of drugs and health services for First Nations communities.

The actual respendable revenues have remained relatively constant during the period shown, with the exception of First Nations and Inuit Health. The variance between 2002-2003 and 2003-2004 is due to the transfer to provincial jurisdiction of $3.6 million in revenue authorities related to the Sioux Lookout Hospital.

Non-respendable revenues are shown by source in order to reflect the information in a useful format. The Department is not allowed to respend these revenues.

Revenues (millions of dollars)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
	Actual Revenues	Actual Revenues	Planned Revenues	Total Authorities[1]	Actual Revenues
Respendable Revenues[2]					
Business Lines/Service Lines					
Health Promotion and Protection					
Population and Public Health	0.1	0.1	-	0.0	0.1
Health Products and Food	35.5	32.2	40.7	40.7	34.2
Healthy Environments and Consumer Safety	7.4	7.5	9.8	9.8	8.6
Pest Management Regulation	6.9	6.6	7.0	7.0	6.6
First Nations and Inuit Health					
First Nations and Inuit Health	6.9	5.9	5.5	5.5	3.5
Departmental Management and Administration					
Corporate Services	0.4	0.4	0.7	0.7	0.5
Total Respendable Revenues[2]	**57.2**	**52.9**	**63.7**	**63.7**	**53.5**
Non-Respendable Revenues					
Main Classification and Source					
Non-tax revenues:					
Refunds of expenditures	14.5	27.0	-	-	43.9
Sales of goods and services	-	0.7	-	-	0.1
Other fees and charges	1.8	7.2	8.2	8.2	5.8
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.6	0.3	-	-	0.2
Miscellaneous non-tax revenues	15.6	-	-	-	0.0
Total Non-Respendable Revenues	**32.5**	**35.2**	**8.2**	**8.2**	**56.0**
Total Revenues	**89.7**	**88.1**	**71.9**	**71.9**	**109.5**

1) Total Authorities are Main Estimates plus other authorities.

2) Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.

Financial Table 6: Statutory Payments

As announced in the 2003 Budget speech, Health Canada made three statutory payments.

The first payment of $600 million was made by Information and Knowledge Management to Canada Health Infoway for the purpose of accelerating the development of Electronic Health Records, common information technology standards across the country, and the further development of telehealth applications, which are critical to care in rural and remote areas.

The second payment of $70 million was made by Information and Knowledge Management to Canadian Institute for Health Information (CIHI) which will allow CIHI, in conjunction with Statistics Canada, to develop the necessary new activities to support the 2003 Accord on Health Care Renewal in the areas of primary care, home care and catastrophic drug coverage as well as other work to support First Ministers' Meeting commitments on governance and accountability.

The third payment of $25 million was made by the Office of the Chief Scientist (Departmental Management and Administration) to the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) to initiate the Executive Training for Research Application (EXTRA) program as outlined in the 2003 Budget.

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Business Lines	**Actual Spending**	**Actual Spending**	**Planned Spending**	**Total Authorities[1]**	**Actual Spending**
Information & Knowledge Management	0.0	0.0	0.0	670.0	670.0
Departmental Management & Administration	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0
Total Statutory Payments	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**695.0**	**695.0**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Tables 7.1 and 7.2: Transfer Payments

These tables reflect the break down of Transfer Payments (Grants, Contributions and Other Transfer Payments) by business line. Table 7.1 is a summary of transfer payments by program/business line and table 7.2 provides the details of transfer payments by program/ business line.

The $1,285.7 million increase in spending from 2002-2003 to 2003-2004 is mainly the result of four large grants payments (Province of Ontario for SARS, Canada Health Infoway, Canadian Health Services Research Foundation, and Canadian Institute for Health Information).

The increase in **Health Care Policy** expenditures is mainly due to an increase in payments related to the Primary Health Care Transition Fund, and the funding of initiatives set out in the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal such as the Northern Territorial Agreements, Canadian Patient Safety Institute, Health Human Resources, and the Health Council of Canada.

The increase in **Health Promotion and Protection** expenditures is mainly due to a one-time named grant to the Province of Ontario for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS).

The increase in **First Nations and Inuit Health** expenditures is mainly related to an increase in the Sustainability funding.

The increase in **Information and Knowledge Management** expenditures is mainly related to statutory grant payments to Canada Health Infoway and Canadian Institute for Health Information.

The increase in **Departmental Management and Administration** expenditures is mainly related to a statutory grant payment to Canadian Health Services Research Foundation and higher costs related to support for First Nations' construction / restoration of On-Reserve Facilities.

For information regarding Details on Transfer Payments, consult the electronic Annex E: Details on Transfer Payments, 2003-2004 Actual Spending at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm.

Financial Table 7.1:
Summary of Transfer Payments by Program/Business Line
(millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities[1]	2003-2004 Actual Spending
Grants					
Health Care Policy	1.1	3.5	3.4	32.9	**31.9**
Health Promotion and Protection	23.3	20.5	47.9	348.8	**348.8**
Information and Knowledge Management	95.0	0.0	0.0	670.0	**670.0**
Departmental Management and Administration	-	0.0	0.0	25.0	**25.0**
Total Grants	**119.4**	**24.0**	**51.3**	**1,076.7**	**1,075.7**
Contributions					
Health Care Policy	29.5	51.1	225.3	216.1	**216.1**
Health Promotion and Protection	179.1	189.3	194.1	213.6	**213.6**
First Nations and Inuit Health	637.0	677.9	708.4	703.7	**702.2**
Information and Knowledge Management	49.2	31.8	18.7	20.4	**20.4**
Departmental Management and Administration	52.1	36.7	24.8	45.7	**45.7**
Total Contributions	**946.9**	**986.8**	**1,171.3**	**1,199.5**	**1,198.0**
Other Transfer Payments					
Health Promotion and Protection	55.8	21.2	44.0	44.0	**44.0**
Total Other Transfer Payments	**55.8**	**21.2**	**44.0**	**44.0**	**44.0**
Total Transfer Payments	**1,122.1**	**1,032.0**	**1,266.6**	**2,320.2**	**2,317.7**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
GRANTS					
Health Care Policy					
Grants to eligible non-profit international organizations in support of their projects or programs on health	1.1	1.3	1.4	1.2	1.2
Yukon Health Supplement to the 2003 First Ministers' Accord				6.7	6.7
The Northwest Territories Health Supplement to the 2003 First Ministers' Accord				6.7	6.7
The Nunavut Health Supplement to the 2003 First Ministers' Accord				6.7	6.7
Health Care Strategies Policy, Federal/Provincial/ Territorial Partnerships Grant Program		2.2	2.0	9.4	8.4
Grant to the Canadian Patient Safety Institute				2.2	2.2
Total Health Care Policy	**1.1**	**3.5**	**3.4**	**32.9**	**31.9**
Health Promotion and Protection					
World Health Organization	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Grant to Canadian Blood Services – Blood Safety and Effectiveness Research and Development	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Grants to persons and agencies to support health promotion projects in the area of community health, resource development, training and skill development, and research	12.1	11.2	26.3	6.0	6.0
Grant to the National Cancer Institute of Canada for the Canadian Breast Cancer Research Initiative	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Grant toward the Canadian Strategy on HIV/AIDS	1.0	0.6	8.0	0.3	0.3
Grant to eligible non-profit international organizations in support of their projects or programs on health	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Natural Health Products Research Grant			0.4	0.4	0.4
Grant to the National Cancer Institute of Canada for the Canadian Prostate Cancer Research Initiative			1.0	1.0	1.0
Grant to the Vancouver Hospital and Health Sciences Centre and the British Columbia Cancer Agency for the Vancouver Centre of Excellence in Prostate Cancer Research			2.0	2.0	2.0
Grants to Medical Marijuana Research Program	0.1	0.1	1.7	0.5	0.5
Grant to the Canadian Blood Services Agency. Creation of a blood stockpile for emergency purposes	1.1				
Grant to Héma Quebec – Creation of a blood stockpile for emergency purposes	0.4				
Grant to the Province of Ontario – SARS				330.0	330.0
Total Health Promotion and Protection	**23.3**	**20.5**	**48.0**	**348.8**	**348.8**

Financial Table 7.1:
Summary of Transfer Payments by Program/Business Line
(millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Planned Spending	2003-2004 Total Authorities[1]	2003-2004 Actual Spending
Grants					
Health Care Policy	1.1	3.5	3.4	32.9	31.9
Health Promotion and Protection	23.3	20.5	47.9	348.8	348.8
Information and Knowledge Management	95.0	0.0	0.0	670.0	670.0
Departmental Management and Administration	-	0.0	0.0	25.0	25.0
Total Grants	**119.4**	**24.0**	**51.3**	**1,076.7**	**1,075.7**
Contributions					
Health Care Policy	29.5	51.1	225.3	216.1	216.1
Health Promotion and Protection	179.1	189.3	194.1	213.6	213.6
First Nations and Inuit Health	637.0	677.9	708.4	703.7	702.2
Information and Knowledge Management	49.2	31.8	18.7	20.4	20.4
Departmental Management and Administration	52.1	36.7	24.8	45.7	45.7
Total Contributions	**946.9**	**986.8**	**1,171.3**	**1,199.5**	**1,198.0**
Other Transfer Payments					
Health Promotion and Protection	55.8	21.2	44.0	44.0	44.0
Total Other Transfer Payments	**55.8**	**21.2**	**44.0**	**44.0**	**44.0**
Total Transfer Payments	**1,122.1**	**1,032.0**	**1,266.6**	**2,320.2**	**2,317.7**

1) Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
GRANTS					
Health Care Policy					
Grants to eligible non-profit international organizations in support of their projects or programs on health	1.1	1.3	1.4	1.2	1.2
Yukon Health Supplement to the 2003 First Ministers' Accord				6.7	6.7
The Northwest Territories Health Supplement to the 2003 First Ministers' Accord				6.7	6.7
The Nunavut Health Supplement to the 2003 First Ministers' Accord				6.7	6.7
Health Care Strategies Policy, Federal/Provincial/ Territorial Partnerships Grant Program		2.2	2.0	9.4	8.4
Grant to the Canadian Patient Safety Institute				2.2	2.2
Total Health Care Policy	**1.1**	**3.5**	**3.4**	**32.9**	**31.9**
Health Promotion and Protection					
World Health Organization	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Grant to Canadian Blood Services – Blood Safety and Effectiveness Research and Development	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Grants to persons and agencies to support health promotion projects in the area of community health resource development, training and skill development and research	12.1	11.2	26.3	6.0	6.0
Grant to the National Cancer Institute of Canada for the Canadian Breast Cancer Research Initiative	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Grant toward the Canadian Strategy on HIV/AIDS	1.0	0.6	3.0	0.3	0.3
Grant to eligible non-profit international organizations in support of their projects or programs on health	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Natural Health Products Research Grant			0.4	0.4	0.4
Grant to the National Cancer Institute of Canada for the Canadian Prostate Cancer Research Initiative			1.0	1.0	1.0
Grant to the Vancouver Hospital and Health Sciences Centre and the British Columbia Cancer Agency for the Vancouver Centre of Excellence in Prostate Cancer Research			2.0	2.0	2.0
Grants to Medical Marijuana Research Program	0.1	0.1	1.7	0.5	0.5
Grant to the Canadian Blood Services Agency Creation of a blood stockpile for emergency purposes	1.1				
Grant to Hema Quebec – Creation of a blood stockpile for emergency purposes	0.4				
Grant to the Province of Ontario – SARS				330.0	330.0
Total Health Promotion and Protection	**23.3**	**20.5**	**48.0**	**348.8**	**348.8**

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (continued) (millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Information & Knowledge Management					
(S*)Grant to the Canadian Institute for Health Information for the purpose of implementing the Health Information Roadmap Initiative	95.0			70.0	70.0
(S) Grant to Canada Health Infoway Inc. to accelerate the development of electronic health records, common information technology standards across the country, and the further applications of telehealth applications				600.0	600.0
Total Information & Knowledge Management	**95.0**	**0.0**	**0.0**	**670.0**	**670.0**
Departmental Management & Administration					
(S) Grant to the Canadian Health Services Research Foundation for the Executive Training for Research Application program				25.0	25.0
Total Departmental Management & Administration	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**25.0**	**25.0**
Total Grants	**119.4**	**24.0**	**51.4**	**1,076.7**	**1,075.7**
CONTRIBUTIONS					
Health Care Policy					
Contributions to provincial and territorial governments, and to non-profit organizations in the health or social services field, in order to test and evaluate ways to improve the health care system of the future, specifically in the four priority areas which were agreed to by the federal and provincial/territorial governments (primary care, home care, pharmacare, integrated service delivery)	26.8	0.1			
Women's Health Contribution Program	3.0	2.8	3.1	2.7	2.7
Primary Health Care Transition Fund		48.2	220.2	209.2	209.2
Health Care Strategies and Policy Contribution Program			2.0	4.3	4.3
(S) Payments for insured health services and extended health care	-0.3	0.0		-0.1	-0.1
Total Health Care Policy	**29.5**	**51.1**	**225.3**	**216.1**	**216.1**

S) Indicates expenditures the Department is required to make that do not require an appropriation act.

* This grant was statutory only in 2003-2004.

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (continued) (millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Health Promotion and Protection					
Contributions to persons and agencies to support activities of national importance for the improvement of health services and in support of research and demonstrations in the field of public health	1.3	0.5	0.1	0.6	0.6
Contribution towards the Toxic Substances Research Initiative	6.0				
Contributions to Canadian Blood Services and/or other designated transfusion/transplantation centers to support adverse event surveillance activities	1.8	1.9	1.9	1.8	1.8
Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the area of community health, resource development, training and skill development, and research	34.6	39.1	41.4	53.6	53.6
Payments to provinces, territories and national non-profit organizations to support the development of innovative alcohol and drug treatment and rehabilitation programs	14.2	15.6	14.5	17.2	17.2
Contributions to non-profit community organizations to support, on a long-term basis, the development and provision of preventative and early intervention services aimed at addressing the health and development problems experienced by young children at risk in Canada	79.8	80.5	82.1	79.8	79.8
Contributions towards the Canadian Strategy on HIV/AIDS	17.8	16.8	10.8	17.1	17.1
Contributions to incorporated local or regional non-profit Aboriginal organizations and institutions for the purpose of developing early intervention programs for Aboriginal pre-school children and their families	19.7	25.8	29.1	28.0	28.0
Contributions in support of the Federal Tobacco Control Strategy	3.9	9.1	11.1	15.5	15.5
Contribution to strengthen Canada's organ and tissue donation and transplantation system			2.2		
Natural Health Products Research Contribution			0.4		
Total Health Promotion and Protection	**179.1**	**189.3**	**193.6**	**213.6**	**213.6**
First Nations and Inuit Health					
Contributions to integrated Indian and Inuit community based health care services	274.4	291.3	305.9	301.6	301.6
Payment to Indian bands, associations or groups for the control and provision of health services	183.1	190.9	194.0	192.8	192.8
Contributions to support pilot projects to assess options for transferring the Non-Insured Health Benefits Program to First Nations and Inuit control	12.2	6.9	12.0	10.6	10.6

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (continued)
(millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Information & Knowledge Management					
(S*)Grant to the Canadian Institute for Health Information for the purpose of implementing the Health Information Roadmap Initiative	95.0			70.0	70.0
(S) Grant to Canada Health Infoway Inc. to accelerate the development of electronic health records, common information technology standards across the country and the further applications of telehealth applications				600.0	600.0
Total Information & Knowledge Management	**95.0**	**0.0**	**0.0**	**670.0**	**670.0**
Departmental Management & Administration					
(S) Grant to the Canadian Health Services Research Foundation for the Executive Training for Research Application program				25.0	25.0
Total Departmental Management & Administration	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**25.0**	**25.0**
Total Grants	**119.4**	**24.0**	**51.4**	**1,076.7**	**1,075.7**
CONTRIBUTIONS					
Health Care Policy					
Contributions to provincial and territorial governments and to non-profit organizations in the health or social services field, in order to test and evaluate ways to improve the health care system of the future, specifically in the four priority areas which were agreed to by the federal and provincial/territorial governments (primary care, home care, pharmacare, integrated service delivery)	26.0	0.1			
Women's Health Contribution Program	3.0	2.8	3.1	2.7	2.7
Primary Health Care Transition Fund		48.2	220.2	209.2	209.2
Health Care Strategies and Policy Contribution Program			2.0	4.3	4.3
(S) Payments for insured health services and extended health care	-0.3	0.0		-0.1	-0.1
Total Health Care Policy	**29.5**	**51.1**	**225.3**	**216.1**	**216.1**

S) Indicates expenditures the Department is required to make that do not require an appropriation act.

* This grant was statutory only in 2003-2004

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (continued)
(millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Health Promotion and Protection					
Contributions to persons and agencies to support activities of national importance for the improvement of health services and in support of research and demonstrations in the field of public health	1.3	0.5	0.1	0.6	0.6
Contribution towards the Toxic Substances Research Initiative	6.0				
Contributions to Canadian Blood Services and/or other designated transfusion/transplantation centers to support adverse event surveillance activities	1.8	1.9	1.9	1.8	1.8
Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the area of community health, resource development, training and skill development, and research	34.6	39.1	41.4	53.6	53.6
Payments to provinces, territories and national non-profit organizations to support the development of innovative alcohol and drug treatment and rehabilitation programs	14.2	15.6	14.5	17.2	17.2
Contributions to non-profit community organizations to support, on a long-term basis, the development and provision of preventative and early intervention services aimed at addressing the health and development problems experienced by young children at risk in Canada	79.8	80.5	82.1	79.8	79.8
Contributions towards the Canadian Strategy on HIV/AIDS	17.8	16.8	10.8	17.1	17.1
Contributions to incorporated local or regional non-profit Aboriginal organizations and institutions for the purpose of developing early intervention programs for Aboriginal pre-school children and their families	19.7	25.8	29.1	28.0	28.0
Contributions in support of the Federal Tobacco Control Strategy	3.9	9.1	11.1	15.5	15.5
Contribution to strengthen Canada's organ and tissue donation and transplantation system			2.2		
Natural Health Products Research Contribution			0.4		
Total Health Promotion and Protection	**179.1**	**189.3**	**193.6**	**213.6**	**213.6**
First Nations and Inuit Health					
Contributions to integrated Indian and Inuit community based health care services	274.4	291.3	305.9	301.6	301.6
Payment to Indian bands, associations or groups for the control and provision of health services	183.1	190.9	194.0	192.8	192.8
Contributions to support pilot projects to assess options for transferring the Non-Insured Health Benefits Program to First Nations and Inuit control	12.2	6.9	12.0	10.6	10.6

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (continued) (millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Contributions to Indian bands, Indian and Inuit associations or groups or local governments and the territorial governments for Non-Insured Health Services	108.5	124.4	102.3	128.3	128.3
Payments to the Aboriginal Health Institute/Centre for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health	10.5	5.0	5.0	5.0	5.0
Contributions for First Nations and Inuit Health promotion and prevention projects and for developmental projects to support First Nations and Inuit control of health services	15.0	17.7	45.4	18.8	18.8
Contributions to universities, colleges and other organizations to increase the participation of Indian and Inuit students in academic programs leading to professional health careers	2.8	2.8	3.0	2.6	2.6
Contributions to the Government of Newfoundland towards the cost of health care delivery to Indian and Inuit communities	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7
Contributions to Indian and Inuit associations or groups for consultations on Indian and Inuit health	2.9	4.7	1.0	5.2	5.2
Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as of hospital and health care equipment	5.9	0.8	11.4	4.7	3.2
Contribution towards the Aboriginal Head Start On-Reserve Program	21.1	32.8	27.8	33.1	33.1
Indian Residential Schools Mental Health Support Program				0.3	0.3
Total First Nations and Inuit Health	**637.0**	**677.9**	**708.4**	**703.7**	**702.2**
Information & Knowledge Management					
Contribution to the Canadian Institute for Health Information	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
Canada Health Infostructure Partnership Program	32.5	26.3	11.2	7.6	7.6
Knowledge Development and Exchange Program	0.1	1.0	2.0	0.1	0.1
Health Policy Research Program	1.0	2.1	2.8	2.1	2.1
Contribution Program to Improve Access to Health Services for Official Language Minority Communities				8.0	8.0
Contributions for First Nations and Inuit Health Promotion and Prevention Projects and for Developmental Projects to support First Nations and Inuit Control of Health Services	7.4	0.2	0.5	0.4	0.4

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (continued) (millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the areas of community health, resource development, training and skill development, and research	6.0				
Total Information & Knowledge Management	**49.2**	**31.8**	**18.7**	**20.4**	**20.4**
Departmental Management & Administration					
Contributions to persons and agencies to support activities of national importance for the improvement of health services and in support of research and demonstrations in the field of public health		2.2		0.1	0.1
Contributions for integrated Indian and Inuit community based health care services	3.1	2.8	3.3	4.0	4.0
Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as of hospital and health care equipment	49.0	31.7	21.5	41.6	41.6
Total Departmental Management & Administration	**52.1**	**36.7**	**24.8**	**45.7**	**45.7**
Total Contributions	**946.9**	**986.8**	**1,170.8**	**1,199.5**	**1,198.0**
OTHER TRANSFER PAYMENTS					
Health Promotion and Protection					
Payments to Provinces and Territories to improve access to health care and treatment services to persons infected with Hepatitis C through the blood system	55.8	21.2	44.0	44.0	44.0
Total Health Promotion and Protection	**55.8**	**21.2**	**44.0**	**44.0**	**44.0**
Total Other Transfer Payments	**55.8**	**21.2**	**44.0**	**44.0**	**44.0**
Total Transfer Payments	**1,122.1**	**1,032.0**	**1,266.2**	**2,320.2**	**2,317.7**

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (continued)
(millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Contributions to Indian bands, Indian and Inuit associations or groups or local governments and the territorial governments for Non-Insured Health Services	108.5	124.4	102.3	128.3	128.3
Payments to the Aboriginal Health Institute Centre for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health	10.5	5.0	5.0	5.0	5.0
Contributions for First Nations and Inuit Health promotion and prevention projects and for developmental projects to support First Nations and Inuit control of health services	15.0	17.7	35.4	18.8	18.8
Contributions to universities, colleges and other organizations to increase the participation of Indian and Inuit students in academic programs leading to professional health careers	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6
Contributions to the Government of Newfoundland towards the cost of health care delivery to Indian and Inuit communities	9.6	9.6	10.6	9.7	9.7
Contributions to Indian and Inuit associations or groups for consultations on Indian and Inuit health	2.9	4.7	5.2	5.2	5.2
Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as of hospital and health care equipment	9.5	3.5	11.1	3.7	3.2
Contribution towards the Aboriginal Head Start On-Reserve Program	21.1	22.5	27.5	23.3	23.1
Indian Residential Schools Mental Health Support Program				0.1	0.1
Total First Nations and Inuit Health	**637.0**	**677.9**	**708.4**	**703.7**	**702.2**
Information & Knowledge Management					
Contribution to the Canadian Institute for Health Information	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
Canada Health Infostructure Partnership Program	32.5	26.1	41.2	7.6	7.6
Knowledge Development and Exchange Program	0.1	1.5	2.0	0.1	0.1
Health Policy Research Program	1.9	2.1	2.4	2.1	2.1
Contribution Program to Improve Access to Health Services for Official Language Minority Communities				9.0	9.0
Contributions for First Nations and Inuit Health Promotion and Prevention Projects, and for Developmental Projects to support First Nations and Inuit Control of Health Services	1.4	1.2	0.5	0.4	0.4

Financial Table 7.2: Details of Transfer Payments by Program/Business Line (continued)
(millions of dollars)

Business Lines	2001-2002 Actual Spending	2002-2003 Actual Spending	2003-2004 Main Estimates	2003-2004 Total Authorities	2003-2004 Actual Spending
Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the areas of community health, resource development, training and skill development, and research	6.3				
Total Information & Knowledge Management	49.2	31.8	18.7	20.4	20.4
Departmental Management & Administration					
Contributions to persons and agencies to support activities of national importance for the improvement of health services and in support of research and demonstrations in the field of public health		8.2		9.1	10.1
Contributions for integrated Indian and Inuit community based health care services	3.1	2.8	3.1	4.2	4.2
Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as of hospital and health care equipment	49.0	31.7	21.6	41.6	41.6
Total Departmental Management & Administration	52.1	36.7	24.8	45.7	45.7
Total Contributions	946.9	986.8	1,170.8	1,199.5	1,198.0
OTHER TRANSFER PAYMENTS					
Health Promotion and Protection					
Payments to Provinces and Territories to improve access to health care and treatment services for persons infected with Hepatitis C through the blood system	55.8	21.2	44.0	44.0	44.0
Total Health Promotion and Protection	55.8	21.2	44.0	44.0	44.0
Total Other Transfer Payments	55.8	21.2	44.0	44.0	44.0
Total Transfer Payments	1,122.1	1,032.0	1,266.2	2,320.2	2,317.7

Financial Table 8: Resource Requirements by Organization and Business Line

Comparison of 2003-2004 (RPP) planned spending and total authorities to actual spending by organization and business line.

Explanations of variances by business line can be found in Section III: Performance Discussion.

(millions of dollars)

Organization	Business Lines					Total
	Health Care Policy	Health Promotion and Protection	First Nations and Inuit Health	Information and Knowledge Management	Departmental Management and Administration	
Health Policy and Communications						
(Planned spending)	308.6					308.6
(Total authorities)	*329.9*					*329.9*
(Actual Spending)	324.4					324.4
Population and Public Health						
(Planned spending)		432.9				432.9
(Total authorities)		*779.5*				*779.5*
(Actual Spending)		773.4				773.4
Health Products and Food						
(Planned spending)		149.2				149.2
(Total authorities)		*174.9*				*174.9*
(Actual Spending)		154.4				154.4
Healthy Environments and Consumer Safety						
(Planned spending)		198.9				198.9
(Total authorities)		*212.8*				*212.8*
(Actual Spending)		206.5				206.5
Pest Management Regulatory Agency						
(Planned spending)		35.2				35.2
(Total authorities)		*39.5*				*39.5*
(Actual Spending)		39.6				39.6
First Nations and Inuit Health						
(Planned spending)			1,408.2			1,408.2
(Total authorities)			*1,572.9*			*1,572.9*
(Actual Spending)			1,553.9			1,553.9
Information, Analysis and Connectivity						
(Planned spending)				82.9		82.9
(Total authorities)				*770.8*		*770.8*
(Actual Spending)				767.1		767.1
Corporate Services						
(Planned spending)					84.7	84.7
(Total authorities)					*119.0*	*119.0*
(Actual Spending)					105.0	105.0
Departmental Executive						
(Planned spending)					106.6	106.6
(Total authorities)					*171.7*	*171.7*
(Actual Spending)					169.4	169.4
Total						
(Planned spending)	308.6	816.2	1,408.2	82.9	191.3	2,807.2
(Total authorities)	*329.9*	*1,207.0*	*1,572.9*	*770.8*	*290.7*	*4,171.3*
(Actual Spending)	324.4	1,173.9	1,553.9	767.1	274.4	4,093.7
% of Total	7.9%	28.7%	38.0%	18.7%	6.7%	100.0%

Financial Table 8: Resource Requirements by Organization and Business Line

Comparison of 2003-2004 (RPP) planned spending and total authorities to actual spending by organization and business line.

Explanations of variances by business line can be found in Section III: Performance Discussion.

(millions of dollars)

Organization	Business Lines					
	Health Care Policy	Health Promotion and Protection	First Nations and Inuit Health	Information and Knowledge Management	Departmental Management and Administration	Total
Health Policy and Communications						
(Planned spending)	308.6					308.6
(Total authorities)	*329.9*					*329.9*
(Actual Spending)	**324.4**					**324.4**
Population and Public Health						
(Planned spending)		432.9				432.9
(Total authorities)		*779.5*				*779.5*
(Actual Spending)		**773.4**				**773.4**
Health Products and Food						
(Planned spending)		149.2				149.2
(Total authorities)		*174.9*				*174.9*
(Actual Spending)		**154.4**				**154.4**
Healthy Environments and Consumer Safety						
(Planned spending)		198.9				198.9
(Total authorities)		*212.8*				*212.8*
(Actual Spending)		**206.5**				**206.5**
Pest Management Regulatory Agency						
(Planned spending)		35.2				35.2
(Total authorities)		*39.8*				*39.8*
(Actual Spending)		**39.6**				**39.6**
First Nations and Inuit Health						
(Planned spending)			1,408.2			1,408.2
(Total authorities)			*1,572.9*			*1,572.9*
(Actual Spending)			**1,553.9**			**1,553.9**
Information, Analysis and Connectivity						
(Planned spending)				82.9		82.9
(Total authorities)				*770.8*		*770.8*
(Actual Spending)				**767.1**		**767.1**
Corporate Services						
(Planned spending)					84.7	84.7
(Total authorities)					*119.0*	*119.0*
(Actual Spending)					**105.0**	**105.0**
Departmental Executive						
(Planned spending)					106.6	106.6
(Total authorities)					*171.7*	*171.7*
(Actual Spending)					**169.4**	**169.4**
Total						
(Planned spending)	308.6	816.2	1,408.2	82.9	191.3	2,807.2
(Total authorities)	*329.9*	*1,207.0*	*1,572.9*	*770.8*	*290.7*	*4,171.3*
(Actual Spending)	**324.4**	**1,173.9**	**1,553.9**	**767.1**	**274.4**	**4,093.7**
% of Total	**7.9%**	**28.7%**	**38.0%**	**18.7%**	**6.7%**	**100.0%**

Note: Numbers in italics denote Total Authorities for 2003-2004 (Main and Supplementary Estimates and other authorities)
Bolded numbers denote actual spending in 2003-2004

Contingent Liabilities

The Department is involved in individual and class action suits against the Government, mainly involving allegations of negligence relating to the regulation of medical devices, blood and drug products. Because of the early stage of the litigation in these cases, and the complexity of the issues, it is not possible to provide a reasoned assessment of contingent liability at this time.

Section VI:

Other Information

Departmental Contacts

Atlantic Region

Maritime Centre, Suite 1918
1505 Barrington Street
Halifax, Nova Scotia B3J 3Y6
Telephone: (902) 426-9564
Facsimile: (902) 426-6659

Manitoba and Saskatchewan Region

391 York Avenue, Suite 300
Winnipeg, Manitoba R3C 4W1
Telephone: (204) 983-4764
Facsimile: (204) 983-5325

Quebec Region

Complexe Guy Favreau
East Tower, Suite 202
200 René Lévesque Blvd. West
Montreal, Quebec H2Z 1X4
Telephone: (514) 283-5186
Facsimile: (514) 283-1364

Alberta and Northwest Territories Region

Canada Place, Room 710
9700 Jasper Avenue
Edmonton, Alberta T5J 4C3
Telephone: (780) 495-5172
Facsimile: (780) 495-5551

Ontario and Nunavut Region

4th Floor, 25 St. Clair Avenue East
Toronto, Ontario M4T 1M2
Telephone: (416) 954-3593
Facsimile: (416) 954-3599

British Columbia and Yukon Region

Sinclair Centre, Federal Tower
757 West Hastings Street, Room 235
Vancouver, British Columbia V6C 1A1
Telephone: (604) 666-2083
Facsimile: (604) 666-2258

National Capital Region

Telephone: (613) 957-2991
Facsimile: (613) 941-5366
Internet: http://www.hc-sc.gc.ca

or write to:
Health Canada
0900C2 Podium Level,
Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario, CANADA
K1A 0K9

References

Selected Health Canada Publications

1. A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada
2. Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders
3. Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems
4. Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Use Problems
5. Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Living for Older Adults
6. Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults
7. Child Health Record
8. Danger: Coming to a Lung near You
9. Food Safety Tips for Barbecuing Hamburgers
10. Healthy Development of Children and Youth: The Role of the Determinants of Health
11. It Helps to Talk: How to Get the Most from a Visit to your Doctor. Patient's Guide
12. It Helps to Talk: the 5-minute Guide to better Communication. Doctor's Guide
13. On the Road to Quitting
14. Perspectives on Complementary and Alternative Health Care
15. Profile: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canada
16. Protect Yourself from Mosquito Bites
17. Quit 4 Life
18. Trends in the Health of Canadian Youth
19. West Nile Virus
20. Why all women who could become pregnant should be taking Folic Acid

Documents can be ordered from:

Publications
Health Canada
0900C2, Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Telephone: (613) 954-5995
Facsimile: (613) 941-5366
Telecommunication Device for the Deaf: 1-800-267-1245

Section VII:

Executive Summary: Response to the Public Accounts Committee 2001 Report on the Auditor General's 2000 Report

First Nations Health: Follow-Up

Introduction

The Public Accounts Committee (PAC), as a follow-up to the 2000 Auditor General's report, tabled recommendations in December 2001 requiring Health Canada to implement and report on improvements to its accountability and management activities. Health Canada agrees with the Standing Committee and the Auditor General that health programs for First Nations and Inuit must be well managed and accountable. This document highlights some of the progress made by the Department since the release of the PAC/OAG reports.

Several important milestones were reached in 2003-2004: program accountability frameworks were developed, such as a comprehensive reporting handbook with audit and financial reporting guidelines; an Intervention Policy and handbook to assist communities in managing exceptional or problem situations was distributed and training provided to communities; ongoing implementation and monitoring of comprehensive standard agreements was conducted; a capacity strategy and action plan were developed to enhance capacity building in First Nations communities; and a multi-year evaluation plan was implemented to support better coordination of evaluation activities.

Recommendations and follow-up actions

Reporting to Parliament on progress

The major recommendation under this theme is that Health Canada inform Parliament of the progress it is making in implementing the recommendations contained in chapter 13 of the 1997 Report and chapter 15 of the 2000 Report of the Auditor General of Canada and in the Committee's 5th Report (36th Parliament, 1st Session). This information must make specific reference to progress in implementing each recommendation and be provided annually in Health Canada's Performance Reports, beginning with the report for the period ending March 31, 2002.

Key Actions Taken

To respond to this Recommendation as well as to Recommendations 5, 9, 11, 16, 19, 23 and 24, Health Canada is reporting with an electronic link to the 2002-2003 Departmental Performance Report and subsequent reports

until 2005. The ongoing need for this special reporting requirement will be re-assessed with the Auditor General after the next audit on First Nations and Inuit Health programs.

Community Health Programs (CHP) Accountability

Greater focus is being placed by the Department on providing accountable and sustainable programs and services for First Nations and Inuit. Health Canada implemented measures to better manage internally and externally to deliver the best possible service to First Nations and Inuit communities.

Key Actions Taken

To respond to the accountability recommendations, Health Canada implemented several actions to address the need for risk based monitoring on accountability documents.

- A draft comprehensive reporting handbook with financial and audit reporting guidelines was developed for programs.
- A review of reporting requirements for funding agreements was initiated to rationalize and streamline the reporting demands on First Nations and Inuit communities. With the participation of First Nations, Health Canada has initiated a process to streamline reporting with a focus on outcome related information. Phase I of the streamlining exercise involved reviewing and analyzing each data element of the program schedules by regional groups, First Nations and Inuit communities and program directors. Phase I is complete with nearly a 20 percent overall reduction in reporting. Phase II will take place in 2004-2005 with a new process being implemented. Reporting schedules will be grouped together to further streamline and reduce duplication. The new reporting schedules will be implemented in 2005-2006 with new negotiated contribution agreements. Supporting manuals and guidelines will be developed after the exercise is complete.
- An Intervention Policy was developed to address problem situations under health funding arrangements. A handbook to assist in implementing the policy was developed and distributed. The communication phase of the Intervention Policy is completed and training was incorporated into the Contribution training course, "Knowledge in a Book" which is ongoing.
- The Intervention Policy was reviewed and updated in March 2004, and will be reviewed on an ongoing basis.

Supporting Capacity Development

Health Canada shares the Public Accounts Committee's belief that capacity development is a priority. It is recognized that a participatory approach better contributes to community capacity development. The Transfer Policy (1988) and the Integrated Community-Based Health Services Approach (1999) provides an avenue for Health Canada to engage First Nations and Inuit in arrangements that permit various levels of control ranging from general and integrated contribution agreements to transfer contribution agreements.

Key Actions Taken

Health Canada developed pilot Health Plan demonstration sites that will improve capacity to manage health programs and services; improve capacity to identify community health needs and resources; improve management coordination, integrated health programs and services; improve financial and human resources allocation processes; and improve/enhance programs and services management information and reporting.

There are eight demonstration projects under way. The majority of those have completed the developmental phase and have identified their health needs and priorities. These projects have now moved into the final discussion phase, prior to the implementation of their new Community Health Plans. One community opted to withdraw from the project due to insufficient capacity and an overall lack of community support.

In addition, a Capacity Strategy and Action Plan were developed, which describe ongoing activities to ensure capacity building in First Nations and Inuit communities. As part of the action plan, existing strengths and capacity needs with respect to management and administration of funding agreements between Health Canada and First Nations and Inuit communities were identified. Also included in the assessment is an analysis of capacity for reporting, data collection, interpretation and analysis related to agreement management.

Measuring performances, outcomes achievement, and managing information

Health Canada is committed to effective management of programs by making important decisions with relevant data. Collecting good performance information is a priority of the Department.

Key Actions Taken

Health Canada worked with Statistics Canada and the National Aboriginal Health Organization (NAHO) to support the First Nations Regional Longitudinal Survey. Health Canada participated in the development of the data sharing agreement to provide health information about on-reserve populations. At the end of 2003-2004, data collection was complete, with over 80 percent of the targeted 28,405 respondents participating. NAHO national and regional staff are engaged in data cleaning/verification and database structuring. NAHO has developed national and regional draft templates for analyzing/reporting on Regional Health Survey (RHS) results. NAHO and Health Canada have signed an information sharing agreement for the use of RHS results.

To support evidence-based decision-making, Health Canada completed program evaluations of the Canada Prenatal Nutrition Program, Aboriginal Head Start for First Nations On-Reserve and the HIV/AIDS program. These reports have not received final approval, however, programs have started to implement action plans resulting from these assessments. An interim evaluation of the Labrador Innu Comprehensive Healing Strategy was conducted in 2003. The evaluation, led by Indian and Northern Affairs Canada, showed that new health programming was implemented quickly to respond to the social crisis in the Labrador communities of Natuashish and Sheshatshiu, and that further work was needed to fully implement the Health Canada component and to strengthen collaboration with Labrador Innu communities. Health Canada has developed an action plan to respond to these recommendations.

Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program control and prevention measures

The Public Accounts Committee recommended that Health Canada enhance the quality of the management of services provided to First Nations and Inuit. Steps have been taken to improve in this area.

Key Actions Taken

Health Canada continued to conduct regular analysis of pharmacists' overrides of warnings, conduct audits on providers and continue generating quarterly reports on the number of Drug Utilization Review (DUR) claims submitted, accepted and rejected. A

total of 140 administrative on-site audits in the pharmacy, dental and medical supplies and equipment benefit areas were completed. In 2003, over 9.4 million pharmacy claims were processed; of this total, about 299,000 claims (3.2 percent) were rejected. Of the claims rejected, approximately 83,000 (0.8 percent) were overridden and paid. The explanation for overriding the rejection message used most frequently by pharmacists (35.6 percent) was that the physician was consulted. Although the number of claims processed on the NIHB Program has increased by 18.1 percent since 2000, the number of rejected claims overridden declined by 10.4 percent.

A quarterly report by region, and nationally, on the number of DUR claims submitted, accepted and rejected continues to be reviewed. In addition to the number of claims rejected, the report provides details on the rejection type and number of claims that were overridden and paid, including the reason the claim was overridden. The second report, outlining information on the top providers in each region by the number of claims that were overridden and paid, including the reason the claim was overridden, continues to also be generated and analyzed. The NIHB Program is analyzing these two reports and other information to determine which providers should be audited. The claims administrator is then instructed to contact providers who are consistently overriding DUR rejected claims, to review the overrides and determine appropriate follow-up activities. During the on-site visit, one of the areas of investigation for the auditor is the pharmacist's use and documentation of override codes. Recoveries are identified for all claims where the pharmacist has not adequately documented the reason for overriding rejected claims.

The Public Accounts Committee and Auditor General recommended that Health Canada seek consent to share information on client use of pharmaceuticals with health care professionals. As a result of an evolving privacy environment and insights gained over the past three years, the NIHB Program was able to adopt a new approach to the consent initiative in February 2004. This has meant that the March 1, 2004 deadline for submission of consent forms by First Nations and Inuit clients no longer applies. The NIHB Program will not require a signed consent form for day-to-day processing activities and program administration. NIHB clients will therefore continue to receive benefits for which they are eligible even if they have not signed a consent form. In a few instances, where client safety or inappropriate use of the system may be a concern, the NIHB Program will seek the express consent of clients to share their personal information with health care providers. This consent will be provided verbally or in writing. In a few cases, NIHB may refuse to pay for prescriptions until a patient safety plan is in place.

The NIHB Program has established a Drug Utilization Review Advisory Committee comprised of health care professionals with expertise in drug evaluation and Aboriginal health. First Nations and Inuit organizations were asked to submit nominations for membership to the Committee, which will provide recommendations to the NIHB Program on prospective drug use review, retrospective drug use review, and an educational program that meets national and international Guidelines for Drug Utilization Review programs. The objective of the NIHB DUR program is to ensure safe, effective and efficient use of drug therapy in order to improve the health outcomes or status of First Nations and Inuit clients. Preliminary population level DUR has begun and educational initiatives will be developed to promote optimal drug use. Individual level DUR activities are scheduled to commence in fall 2004.

The Department is committed to implementing greater measures to improve management of First Nations and Inuit programs and services. Health Canada will continue to report on actions taken on the Public Accounts Committee and

Auditor General recommendations in the annual Departmental Performance Report. More detail on follow-up actions in response to PAC can be found in the electronic Annex B of the DPR: http://hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/index.htm.

Vacancies in Regulatory and Surveillance Programs

Introduction

The Public Accounts Committee (PAC) as a follow-up to the 2000 Auditor General's report, tabled recommendations requiring Health Canada to fill outstanding vacancies in its regulatory and surveillance programs for related biologics and to report progress on these initiatives. Recommendation 26.41 states that "Health Canada should take measures to ensure authorized positions are staffed." This recommendation is in the context of funding received to strengthen the regulatory side of Health Canada's Blood Safety Program and is tied to recommendations by the Public Accounts Committee in their 17th Report, as follows.

Recommendation 11

That Health Canada undertake all the necessary measures to fill outstanding vacancies in its regulatory and surveillance programs for related biologics and report the progress of these initiatives in its annual Performance Report to Parliament for the period ending March 31, 2004.

Recommendation 12

That Health Canada include in its annual Performance Report a section containing the number of technical and scientific vacancies in its regulatory and surveillance programs at each year end with the length of time each position has been vacant.

Actions and Current Status

The Health Products and Food Branch (HPFB) continued to make efforts and progress to strengthen both the regulation and surveillance of biological products in 2003-2004.

The responsible Directorates within HPFB: Biologics and Genetic Therapies Directorate (BGTD); HPFB Inspectorate; Marketed Health Products Directorate (MHPD); Therapeutic Products Directorate's Medical Devices Bureau (TPD/MDB) have continued to invest time and effort to address the staffing of vacancies in their respective regulatory and surveillance programs for related biologics.

HPFB has successfully undertaken several measures to fill these vacancies.

- Two Biomedical Evaluators and four Medical Officers were recruited from the joint Human Resources Initiative, which consisted of internal and external competitions to staff specialized positions in BGTD, MHPD and TPD. This was the final year to make such appointments from these competitions. The objective was to accelerate the staffing of numerous vacancies in the three organizations, in order to be able to effectively deliver programs. Over the past two years, these large competitions served to qualify approximately 30 Biomedical Evaluators and 40 Medical Officers.
- Other internal and external competitions were launched to address the vacancies, which resulted in the appointment of over 12 qualified staff.
- Where considered to be in the best interests of the Public Service, some recruitment was done from outside the Public Service without competition. For positions deemed

as shortage areas, some 11 qualified candidates were recruited from job fairs, Health Canada's Science and Technology inventory and other sources. Approximately 10 students, having worked within the Department through a student program, were recruited upon completion of their studies to entry-level positions, through student bridging mechanisms.

- Other efforts to address the vacancies consisted of the deployment of close to 30 experienced employees from other organizations within Health Canada or other federal government departments to the BGTD, HPFB Inspectorate, MHPD and TPD/MDB.
- In addition, several interim appointments are in place, while competitions to staff positions permanently, are under way and/or nearing completion.
- It is of importance to note that BGTD, MHPD and TPD are in the process of establishing a professional training and development program for their Biomedical Evaluators. This program will consist of the recruitment and appointment of qualified BI-03 Junior Evaluators, who will undergo a formal training process to advance, when deemed qualified, to the BI-04 Evaluator working level. This program should allow for the effective staffing of vacancies in HPFB's regulatory and surveillance programs for related biologics.

During 2003-2004, the Biologics and Genetic Therapies Directorate increased its overall staff complement by more than 15 employees. It launched several competitive processes to address and staff its vacancies, including a BI-04 Evaluator internal competition, from which seven appointments will be made shortly. Appointments from outside the Public Service have also been made in order to address certain gaps in expertise. To address attrition and internal movement, BGTD has resorted in part to the use of student bridging mechanisms for entry-level vacancies; it is the greatest user of this effective recruitment mechanism.

The staffing priorities of the Marketed Health Products Directorate continued to concentrate on the recruitment and appointment of Medical Officers and other specialized staff for positions deemed shortage areas. A major competition is under way to staff several BI-05 Manager, Scientific Section positions. The Marketed Biologicals and Biotechnology Products Division will benefit from this competitive process to fill two of its Manager positions. Two other positions are being staffed via other less formal recruitment activities.

The HPFB Inspectorate has 14 positions assigned to biologics across its National Coordination Centre and Regional Operational Centres. All positions, with the exception of one, have been staffed in a permanent capacity. The competition to address this remaining vacancy is nearing completion.

The Therapeutic Products Directorate, specifically the Medical Devices Bureau, conducted no staffing during 2003-2004 and had no vacant positions in its regulatory program for related biologics.

Index

A

Aboriginal/First Nations and Inuit/Indian 9, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 38, 43, 45, 62, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 112, 114, 119, 120, 135, 136, 142, 144, 146, 147, 149, 150, 153, 154, 155, 156, 161, 163, 164, 165, 166

- Aboriginal Head Start 42, 97, 108, 154, 165
- Non-Insured Health Benefits Program 14, 91, 93, 95, 101, 102, 107, 108, 136, 142, 153, 154, 165, 166

Acts

- *An Act respecting assisted human reproduction and related research* 31, 33
- *Auditor General's Act* 135
- *Canada Health Act* 15, 17, 19, 27, 30, 31
- *Canadian Environmental Protection Act* 14, 57, 65, 68, 69, 71, 74, 75, 76, 77, 102
- *Controlled Drugs and Substances Act* 15, 68, 79
- *Department of Health Act* 15
- *Food and Drugs Act* 15, 57, 68, 77
- *Hazardous Materials Information Review Act* 22
- *Hazardous Products Act* 68, 78
- *Official Languages Act* 128
- *Patent Act* 22
- *Pest Control Products Act* 14, 15, 84, 85, 86, 87, 88, 89
- *Tobacco Act* 69, 79

addiction(s) 17, 80, 93, 95, 105

air pollution/quality 65, 67, 68, 70, 71, 73, 74

alcohol 66, 68, 69, 70, 79, 80, 81, 92, 96, 99, 100, 153

antimicrobial resistance 41, 46, 55, 56, 58, 59, 60, 115, 131

B

biological/biologics 17, 19, 39, 41, 51, 54, 56, 71, 129, 167, 168

biotechnology 52, 58, 60, 61, 66, 67, 70, 77, 168

blood 48, 58, 151, 153, 155, 157, 167

Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) 9, 13, 14, 35, 38, 39, 40, 45, 58, 119, 141, 142, 145

C

Canada Health (and Social) Transfer 17, 27

Canada Health Infostructure Partnership Program 110, 112, 113, 114, 154

Canada Health Infoway Inc. 110, 112, 113, 137, 138, 143, 145, 148, 149, 152

Canada Health Portal 111, 112, 113, 114

Canadian Health Network 38, 40, 136, 137

Canadian Health Services Research Foundation 119, 137, 143, 145, 148, 149, 152

Canadian Institutes of Health Research 22, 47, 131, 133, 138

Canadian Institute for Health Information 110, 111, 112, 116, 143, 145, 148, 149, 152, 154

chemical substances/chemicals 19, 41, 51, 66, 67, 68, 70, 71, 77, 78, 80

child/childhood/children/youth 19, 39, 40, 42, 43, 73, 78, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 104, 114, 115, 116, 153, 161

climate change 67, 71, 73, 74

cosmetic(s) 39, 66, 67, 69, 70, 71, 77, 78

D

dental care/services/oral care/health 17, 32, 71, 93, 94, 100, 101, 108, 166

disease(s)/illness 13, 17, 23, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 49, 61, 63, 74, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 100, 130, 146

- cancer 9, 39, 40, 44, 151
- cardiovascular 9, 40, 94
- chronic 9, 37, 38, 40, 63, 93, 94, 100
- communicable/infectious 14, 37, 38, 39, 41, 45, 46, 49, 93, 94, 95, 113
- diabetes 9, 19, 39, 40, 43, 94, 99, 105, 106
- hepatitis C 39, 41, 48, 155
- HIV/AIDS 19, 38, 41, 46, 47, 50, 94, 99, 104, 108, 151, 153, 165
- influenza 41, 45, 72, 120, 127
- respiratory 40
- smallpox 35, 50, 51
- tuberculosis 94, 98

drug(s)/pharmaceuticals 14, 17, 19, 22, 27, 39, 41, 48, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 65, 66, 68, 69, 70, 79, 80, 81, 82, 92, 93, 94, 99, 100, 108, 116, 147, 148, 153, 157, 165, 166

E

electronic health records 105, 112, 113, 114, 137, 138, 148, 152

emergencies/emergency preparedness/response/services 14, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 45, 47, 50, 51, 58, 59, 70, 71, 79, 121, 126, 127, 136, 151

ethical/ethics 15, 27, 34, 120, 123, 130

F

First Ministers' Accord on Health Care Renewal - February 2003 13, 26, 27, 29, 111, 137, 148, 149, 151

food 14, 15, 17, 19, 21, 46, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 68, 71, 74, 86, 87, 115, 116, 131, 146, 147, 156, 161, 167

G

genetic(s) 18, 33, 54, 167, 168

H

Health Council of Canada 9, 13, 28, 29, 101, 106, 149

home/community care 26, 27, 32, 93, 100, 105, 148, 152

hospital(s) 30, 50, 91, 100, 102, 147, 151, 154, 155

I

immunization/vaccine(s) 14, 35, 46, 48, 50, 52, 54, 55, 58, 95, 142

L

lawn(s) 87, 90

lead 69, 71, 78

M

marijuana 68, 80, 151

mental health/wellness 93, 94, 95, 97, 98, 116, 154, 161

N

natural health products 17, 19, 39, 52, 54, 55, 56, 58, 151, 153

nuclear 14, 41, 51, 70, 71, 72

nurses/nursing 14, 32, 48, 93, 95, 122, 137

nutrition 40, 52, 53, 54, 55, 56, 61, 62, 63, 96, 122

Canada Prenatal Nutrition Program 42, 96, 165

P

patient safety 29, 108, 149, 166

Canadian Patient Safety Institute 9, 13, 28, 29, 151

pest control products/pesticides/pest management 14, 15, 17, 19, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 136, 146, 147

Pest Management Regulatory Agency 21, 85, 122, 136, 137, 156

pharmacare 116, 152

pharmacists/pharmacy(ies) 32, 108, 136, 138, 165, 166

physical activity/inactivity 62, 122, 161

physical activity/ inactivity 40, 42

physician(s)/doctor(s) 30, 32, 122, 137, 161, 166

primary care 14, 17, 26, 30, 93, 95, 103, 106, 148, 152

Primary Health Care Transition Fund 26, 30, 103, 149, 152

privacy 57, 106, 112, 113, 138, 166

public health 9, 10, 14, 15, 17, 21, 31, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 46, 47, 49, 51, 53, 55, 61, 79, 95, 153, 155, 156

Chief Public Health Officer 14, 38, 39

Public Health Agency of Canada 14, 38, 39

R

radiation/radioactive/radiological 41, 51, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 147

regulations 68

Candles Regulations 78

Cosmetics Ingredients Regulations 78

Food and Drug Regulations 58

Jewellery Regulations 78

Natural Health Products Regulations 14, 56

Precursor Control Regulations 80

rural/remote/isolated areas/communities 31, 74, 94, 95, 101, 113, 114, 148

S

security/secure/public safety 10, 33, 41, 45, 49, 51, 68, 78, 127

senior(s)/older adults/aging 19, 39, 40, 61, 94, 161

Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) 9, 13, 14, 37, 38, 39, 40, 45, 47, 55, 58, 119, 120, 122, 127, 141, 145, 149, 151

substance abuse 68, 70, 79, 80, 81, 100, 161

suicide 94, 95, 97, 98

T

telehealth 30, 106, 112, 113, 114, 137, 138, 148, 152

Therapeutics Access Strategy 14, 52, 55, 56, 57, 61, 64, 142

tobacco 14, 17, 19, 23, 66, 68, 69, 70, 79, 80, 81, 98, 122, 153

toxic substances/toxins 17, 46, 71, 75, 76

transfusion 41, 49, 153

transplantation 55, 56, 58, 59, 60, 153

V

veterinary drugs/medicine/products 14, 39, 52, 54, 58, 59, 60, 147

vision care/services 17, 93, 94, 102

W

water 67, 68, 71, 72, 74, 76, 100, 101, 131, 135, 142

weight(s) 56, 61, 62, 161

West Nile virus (WNv) 9, 13, 14, 35, 38, 39, 40, 45, 58, 119, 141, 142, 161

women/females 31, 42, 61, 94, 95, 97, 99, 104, 115, 116, 120, 152, 161

workers/working environments/workplace/employee(s) 15, 17, 22, 40, 42, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 78, 79, 96, 99, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 127, 134, 143, 144, 168

BUDGET DES DÉPENSES

Santé Canada

Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2004

Canada

Les documents budgétaires

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement.

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commençant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le Rapport sur le rendement met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités*.

Le Budget des dépenses, de même que le budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2004

Ce document est disponible en médias substituts sur demande.

Ce document est disponible sur le site Web du SCT à l'adresse suivante : www.tbs-sct.gc.ca.

En vente au Canada chez votre libraire local ou par la poste auprès des
Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC
Ottawa, Canada K1A 0S9

No de catalogue BT31-4/42-2004
ISBN 0-660-62640-3

Avant-propos

Au printemps 2000, la présidente du Conseil du Trésor a déposé au Parlement le document intitulé *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*. Ce document expose clairement les mesures qu'entend prendre le gouvernement pour améliorer et moderniser les pratiques de gestion des ministères et organismes fédéraux.

L'approche utilisée par le gouvernement pour offrir ses programmes et services aux Canadiens et aux Canadiennes se fonde sur quatre engagements clés en matière de gestion. Tout d'abord, les ministères et les organismes doivent reconnaître que leur raison d'être est de servir la population canadienne et que tous leurs programmes, services et activités doivent donc être « axés sur les citoyens ». Deuxièmement, le gouvernement du Canada s'engage à gérer ses activités conformément aux valeurs les plus élevées de la fonction publique. Troisièmement, dépenser de façon judicieuse, c'est dépenser avec sagesse dans les secteurs qui importent le plus aux Canadiens et aux Canadiennes. En dernier lieu, le gouvernement du Canada entend mettre l'accent sur les résultats, c'est-à-dire sur les impacts et les effets des programmes.

Les rapports ministériels sur le rendement jouent un rôle de premier plan dans le cycle de planification, de suivi, d'évaluation ainsi que de communication des résultats, par l'entremise des ministres, au Parlement et aux citoyens. Les ministères et les organismes sont invités à rédiger leurs rapports en appliquant les principes pour l'établissement des rapports publics sur le rendement efficaces (voir le *Guide pour la préparation des rapports ministériels sur le rendement 2004* : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/03-04/guidance/table-of-contents_f.asp). Selon ces derniers, un rapport ne peut être efficace que s'il présente un tableau du rendement qui soit non seulement cohérent et équilibré mais bref et pertinent. Un tel rapport doit insister sur les résultats - soit les avantages dévolus aux Canadiens et aux Canadiennes et à la société canadienne - et il doit refléter ce que l'organisation a pu contribuer à ces résultats. Il doit mettre le rendement du ministère en contexte ainsi que décrire les risques et les défis auxquels le ministère a été exposé en répondant aux attentes sur le rendement. Le rapport doit aussi souligner les réalisations obtenues en partenariat avec d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales. Et comme il est nécessaire de dépenser judicieusement, il doit exposer les liens qui existent entre les ressources et les résultats. Enfin, un tel rapport ne peut être crédible que si le rendement décrit est corroboré par la méthodologie utilisée et par des données pertinentes.

Par l'intermédiaire des rapports sur le rendement, les ministères et organismes visent à répondre au besoin croissant d'information des parlementaires, des Canadiens et des Canadiennes. Par leurs observations et leurs suggestions, les parlementaires et les autres lecteurs peuvent contribuer grandement à améliorer la qualité de ces rapports. Nous invitons donc tous les lecteurs à évaluer le rapport sur le rendement d'une institution gouvernementale en se fondant sur les principes établis et à lui fournir des commentaires en vue du prochain cycle de planification et de rendement.

Le présent rapport peut être consulté sur le Site web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'adresse suivante : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dprf.asp

Les observations ou les questions peuvent être adressées à :
Direction de la gestion axée sur les résultats
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
L'Esplanade Laurier
Ottawa (Ontario) K1A 0R5
OU à : rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Santé Canada

Rapport ministériel sur le rendement

pour la période se terminant le 31 mars 2004

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Table des matières

Section I : Messages 9
Message du ministre 9
Déclaration de la direction 11

Section II : Sommaire du rendement et du contexte ministériels 13
Sommaire du rendement ministériel 13
Priorités ministérielles 13
Contexte 17
À propos de Santé Canada 17
Notre mission 17
Énoncé de mission 17
Rôles 18
En concertation 18
Santé Canada est l'un des nombreux facteurs qui influe sur la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé 19
S'organiser pour obtenir des résultats 19
Santé Canada : Au travail, partout au pays 21
Organigramme 22
Travail avec les partenaires du portefeuille 23
Amélioration de la mesure du rendement 23
Fiabilité des données sur le rendement 24

Section III : Rendement du Ministère par résultat stratégique 27
Amélioration de l'accès aux soins de santé pour les Canadiens 28
Une population en meilleure santé par suite des efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies 38
Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens 57
Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens 72
Des produits et des programmes de lutte antiparasitaire durables pour les Canadiens 92
Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé 101
Amélioration de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer les décisions en santé 124
Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada 134

Partie IV: Thèmes gouvernementaux et questions liées à la gestion 149
Fonction de contrôleur moderne 149
Développement durable 151
Initiative d'amélioration des services 152
Fondations 153
Achats et marchés 155

Section V : Rendement financier 157
Aperçu du rendement financier 157
Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2003-2004 .. 158

Tableau financier 2 : Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles 160
Tableau financier 3 : Comparaison de l'historique des dépenses totales prévues et des dépenses réelles 161
Tableau financier 4 : Correspondance entre les résultats stratégiques et les domaines d'activités 162
Tableau financier 5 : Recettes 163
Tableau financier 6 : Paiements législatifs 164
Tableaux financiers 7.1 et 7.2 : Paiements de transfer 165
Tableau financier 7.1 : Sommaire des paiements de transfert par programme et par domaine d'activité 166
Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité 167
Tableau financier 8 : Besoins de ressources par organisation et par domaine d'activité 173
Passifs éventuels 174

Section VI : Autre Information 175
Personnes-ressources au Ministère 176
Références 177

Section VII : Sommaire : Réaction au rapport de 2001 du Comité permanent des comptes publics sur le rapport de 2000 du vérificateur général 179
Santé desPremières nations : suivi 179
Postes à pourvoir au sein des programmes de réglementation et de surveillance 183

Index 186

Les annexes électroniques suivantes sont disponibles sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm.

Annexe A : Initiatives réglementaires et Lois et règlements

Annexe B : Réponse au Comité des comptes publics – santé des Premières nations : suivi

Annexe C : Frais d'utilisation externe

Annexe D : Liste des évaluations

Annexe E : Détails sur les paiements de transfert

Section I :

Messages

Message du ministre

J'ai le plaisir de présenter au Parlement et à la population canadienne le Rapport sur le rendement de Santé Canada pour 2003-2004. Pendant cet exercice, le Ministère a joué un rôle de premier plan dans les mesures prises par le gouvernement pour lutter contre des difficultés sans précédent en santé publique.

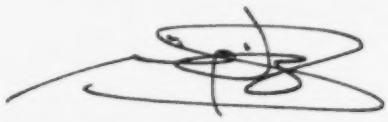
Nous avons beaucoup appris de notre expérience avec le syndrome respiratoire aigu sévère, l'encéphalopathie spongiforme bovine et la propagation du virus du Nil occidental.

Par ailleurs, le Ministère poursuit ses efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques, comme le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires, en visant spécialement les facteurs qui en augmentent les risques. Les événements nous ont rappelé qu'un système de soins de santé vigoureux doit reposer sur un système de santé publique efficace. Outre son rôle déterminant dans la lutte contre ces difficultés sans précédent, Santé Canada a promptement aidé le gouvernement à appliquer les leçons apprises en réalisant d'importants changements. Ainsi, la coordination et les communications seront améliorées pour la gestion des grands dossiers de santé publique appuyés par des investissements récents et d'autres améliorations fondamentales du système de santé publique du Canada.

Le Ministère continue de collaborer avec les provinces et les territoires à l'amélioration de notre système de santé publique. Citons à cet égard la création du Conseil canadien de la santé et de l'Institut canadien sur la sécurité des patients. Les efforts de Santé Canada ont également contribué à la concrétisation d'engagements, dont ceux qui concernent le système de santé des Premières nations et des Inuits.

Le Ministère assume en outre beaucoup d'autres responsabilités courantes, tout aussi importantes, qui contribuent au maintien et à l'amélioration de la santé des Canadiens et des Canadiennes. En laboratoire et ailleurs, son personnel évalue les effets qu'ont de nombreux produits et des problèmes de salubrité de l'environnement sur la santé et la sécurité. Comme le révèle le rapport, le Ministère met en oeuvre des stratégies grâce auxquelles il peut continuer à protéger la santé et la sécurité de la population canadienne, tout en procédant avec plus d'efficience.

Le Rapport sur le rendement de 2003-2004 montre que Santé Canada peut à la fois relever de nouveaux défis et poursuivre son travail essentiel, soit protéger la santé publique et assurer la viabilité du système de soins de santé qui nous tient à coeur. Dans l'ensemble, il montre que l'équipe ministérielle, aux membres talentueux et dévoués, continue de réaliser d'importants progrès qui donneront aux Canadiens et aux Canadiennes l'assurance de pouvoir compter sur un système de santé parmi les meilleurs au monde.

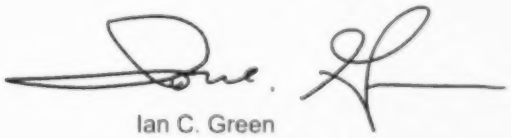


L'honorable Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Déclaration de la direction

Je soumets, en vue de son dépôt devant le Parlement, le Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada pour 2003-2004.

Ce rapport a été préparé conformément aux principes de présentation de rapport et aux autres exigences du *Guide de préparation – Rapports ministériels sur le rendement 2003-2004*. À ma connaissance, il dresse un portrait complet, équilibré et transparent du rendement de l'organisation durant l'exercice 2003-2004.



Ian C. Green
Sous-ministre
le 14 octobre, 2004

Section II :

Sommaire du rendement et du contexte ministériels

Sommaire du rendement ministériel

Priorités ministérielles

Dans le cadre de la planification à moyen terme de Santé Canada pour les exercices 2003-2004 à 2005-2006, nous avons déterminé les cinq priorités ministérielles qui sont résumées ci-dessous. Elles apportent un certain éclairage aux mesures que nous prenons pour traiter les enjeux clés en matière de santé et aider à tenir les engagements pris à l'échelon gouvernemental. Ces priorités ministérielles sont également au centre des stratégies de Santé Canada visant à produire les résultats stratégiques à long terme décrits davantage à la Section III du présent rapport. Elles sont appuyées par le travail que nous entreprenons pour disposer d'un fondement scientifique solide, à l'échelle du Ministère, et fonder nos décisions sur les meilleures données disponibles.

Renouvellement du système de soins de santé

Conformément aux attentes énoncées dans le Rapport sur les plans et priorités, Santé Canada continue de travailler en collaboration avec les provinces et les territoires en vue de mettre en œuvre les initiatives décrites dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. L'Accord comprend un plan d'action qui a pour but de permettre aux Canadiens d'avoir accès en temps opportun à des soins de santé de qualité en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Les produits livrables sur lesquels les intervenants se sont déjà entendus comprennent l'établissement du Conseil de la santé du Canada et l'Institut canadien sur la sécurité des patients. Des travaux sont en cours pour les autres priorités clés déterminées dans l'Accord, telles que la collaboration avec les provinces et les territoires pour l'élaboration d'une stratégie globale sur la technologie en santé, et l'amélioration de la planification et de la coordination nationale des ressources humaines en santé.

Établissement d'un programme d'action en santé équilibré

Lorsque nous avons élaboré nos plans à moyen terme, nous avons reconnu le besoin de promouvoir un programme de santé qui maintienne un équilibre entre la nécessité d'offrir aux Canadiens un système de santé adapté à leurs besoins et l'importance de faire des investissements « en amont » dans la prévention des maladies, la protection et la promotion de la santé en vue d'améliorer la

santé des Canadiens à long terme. Cet équilibre s'est révélé particulièrement nécessaire lorsque le Ministère a travaillé en collaboration avec les provinces et les professionnels de la santé de première ligne pour contrer l'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) au Canada ainsi que la propagation du virus du Nil occidental (VNI).

Afin de lutter contre le SRAS, nous avons affecté du personnel spécialisé et installé de l'équipement aux points d'entrée, dans nos laboratoires et à d'autres sites pour effectuer des tâches particulières. Les tests sur échantillons et la recherche ont été des contributions importantes de Santé Canada, tout comme l'a été la surveillance effectuée afin d'assurer un suivi de ces questions sanitaires. Nous avons également travaillé en partenariat avec nos nombreux collègues à l'échelle internationale.

Nos expériences avec le SRAS, l'ESB et le VNI, ainsi que les recommandations contenues dans des rapports subséquents, ont poussé le gouvernement du Canada à adopter une nouvelle approche pour la santé publique et ses propres stratégies. Le gouvernement fédéral a surtout renforcé sa capacité dans le domaine de la santé publique et annoncé des améliorations au système de santé publique, telles que la création de l'Agence de santé publique du Canada et la nomination d'un administrateur en chef de la santé publique du Canada. Ces orientations stratégiques et opérationnelles témoignent d'une vision élargie de la santé publique qui va au-delà des maladies transmissibles et comprend les modes de vie sains et la lutte contre le tabagisme – le tout soutenu par la prise de décisions fondées sur des données probantes et des éléments scientifiques éprouvés.

Santé des Premières nations et des Inuits

La priorité a été établie en réponse à un engagement confirmé dans le discours du Trône de 2002 qui consistait à réduire les écarts relatifs à l'état de santé entre les Autochtones et les autres Canadiens et à travailler avec les partenaires en vue d'améliorer la prestation des soins de santé dans les collectivités inuites et des Premières nations. Pour tenir cet engagement, le gouvernement a engagé 1,3 milliard de dollars supplémentaires sur cinq ans. Ces fonds nous ont permis d'aller de l'avant sur plusieurs fronts, notamment de répondre à la demande grandissante des Premières nations et des Inuits pour des services de santé non assurés et de mettre en œuvre une stratégie d'immunisation pour les enfants des Premières nations des réserves et une stratégie sur les soins infirmiers. Ils nous ont également permis de procéder plus rapidement à l'intégration des soins de santé – d'assurer une meilleure coordination et de meilleurs liens entre les services de santé offerts aux Premières nations et aux Inuits et ceux offerts aux collectivités avoisinantes, favorisant ainsi une meilleure coordination des services de santé et des services sociaux. Nous nous appuyons sur nos progrès, en collaboration avec nos partenaires des collectivités des Premières nations et des collectivités inuites, pour améliorer la qualité des soins primaires et des services de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Sécurité et gestion des risques

L'une des responsabilités de Santé Canada est d'améliorer la sécurité des Canadiens et de gérer les risques pour leur santé. Tout en continuant à assumer nos responsabilités législatives ayant trait à la sécurité de nombreux produits - alimentaires, sanitaires, vétérinaires, antiparasitaires et de consommation - ainsi qu'à des secteurs spécialisés tels que la sûreté nucléaire, nous avons procédé à certaines améliorations réglementaires.

Grâce à un octroi de 190 millions de dollars sur trois ans dans le budget de 2003 pour notre Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques,

nous avons entrepris des travaux qui ont déjà permis d'accélérer le processus de réglementation des médicaments et d'en améliorer l'efficience et l'efficacité. Dans le cadre de la Stratégie, nous avons commencé à appliquer le principe de réglementation intelligente et soutenu la recherche scientifique. Nous avons élaboré des règlements et des processus qui permettront l'application de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires*. Nous avons également commencé à appliquer le nouveau Règlement sur les produits de santé naturels, qui établit des normes claires et uniformes.

En outre, nous avons déterminé que la santé environnementale était un élément important de cette priorité et avons pris des mesures en conséquence; nous avons, entre autres, dépassé notre obligation aux termes de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* en classant plus de 2 000 substances potentiellement dangereuses. Nous avons aussi tenu notre engagement d'améliorer notre capacité d'intervention d'urgence en cas de catastrophe d'envergure en matière de santé. Dans le cadre de ces initiatives et d'autres projets, nous avons compté de plus en plus sur des partenariats pour obtenir des résultats. Ces résultats comprennent de nouveaux accords officiels et des collaborations particulières avec des organismes de réglementation d'autres pays, une coopération avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et étrangers pour l'intervention en cas d'urgence, et des initiatives entreprises avec d'autres ministères et organismes fédéraux qui partagent notre responsabilité dans des domaines tels que la santé environnementale, la salubrité des aliments et les produits antiparasitaires.

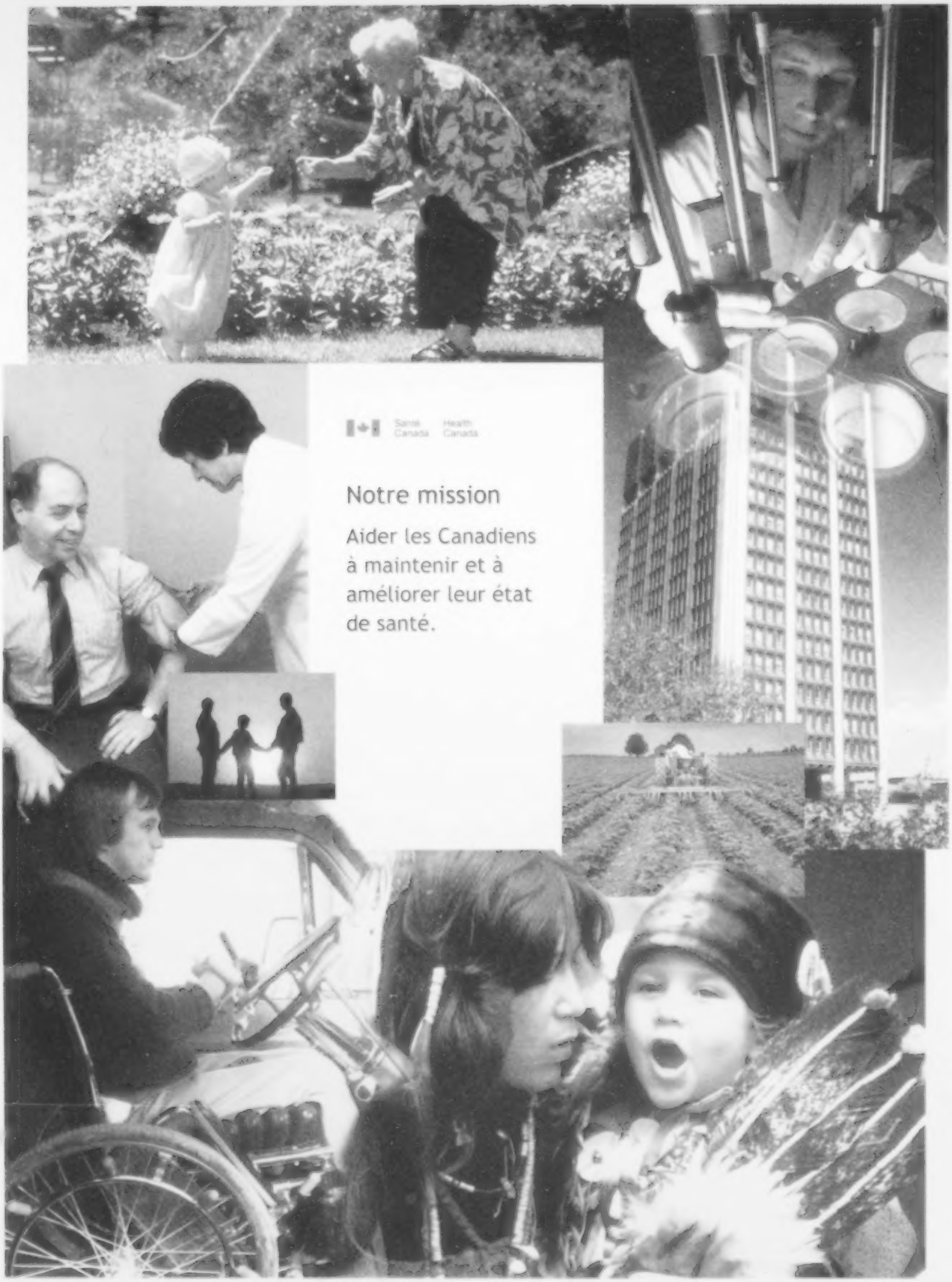
Reddition de comptes aux Canadiens

Santé Canada reconnaît l'importance de normes maximales en matière de reddition de comptes qui, de nombreuses façons, s'inspirent des travaux que nous effectuons en vue d'améliorer la gestion des fonds publics. Nous avons travaillé de concert avec les provinces et les territoires de manière à assurer aux résidents de toutes les administrations l'accès à des renseignements comparables sur le rendement du système de soins de santé. Nous avons amélioré notre capacité de présenter des rapports sur les conséquences de nos programmes de santé publique, ce qui nous permet d'allouer plus efficacement les ressources. Pour maximiser le rendement des programmes, nous avons également élaboré un plan global d'évaluation pour nos programmes à l'intention des Premières nations et des Inuits qui octroient des subventions et des contributions pour traiter des priorités en santé.

Nous avons continué à améliorer la transparence de la passation de marchés au Ministère et de la gestion des subventions, des contributions et des autres paiements de

Gestion intégrée du risque

Pour appuyer des initiatives gouvernementales, telles que *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes*, le Ministère procède à la mise en oeuvre d'un cadre de gestion intégrée du risque (CGIR). Il s'agit d'une initiative à long terme visant l'adoption d'une approche organisationnelle mieux intégrée pour la gestion des risques au Ministère. Pour appuyer la mise en oeuvre du CGIR et donner suite à notre engagement d'inclure l'information clé sur les risques dans le RPP de 2004-2005, un *Aperçu de la Stratégie de Santé Canada pour mettre en oeuvre un Cadre de gestion intégrée du risque* a été élaboré et peut être consulté sur le site Web suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/controleur_moderne.htm. L'aperçu présente les défis en matière de gestion et les stratégies émises en place pour les relever.



Santé Canada Health Canada

Notre mission

Aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

transfert, ainsi que la reddition de comptes connexes.

Étant donné l'importance du personnel pour l'atteinte des objectifs de reddition de comptes, nous avons poursuivi la mise en œuvre du plan d'action pluriannuel de 2002 sur les valeurs et l'éthique, qui vise à promouvoir une culture organisationnelle axée sur l'éthique. Cette démarche s'ajoute à notre nouvelle Initiative sur la santé en milieu de travail et la modernisation des ressources humaines afin d'intégrer nos efforts concernant la santé en milieu de travail et la culture organisationnelle, notamment la mesure selon laquelle nos effectifs représentent les Canadiens que nous desservons et la nécessité de recruter et de maintenir en poste un personnel très compétent.

Contexte

À propos de Santé Canada

La santé est d'une extrême importance pour les Canadiens - pour les individus, les familles et les collectivités - comme l'est le système de santé, qui est devenu au fil des ans un élément constitutif de l'identité nationale. L'importance que nous accordons à la santé découle de la connaissance et de l'expérience que nous avons des immenses avantages de cette dernière pour le bien-être de la personne, de la société et de l'économie. L'objectif de réduction des inégalités traduit un engagement commun envers la santé des Canadiens.

Le Parlement et le gouvernement du Canada ont pris note de la haute importance donnée à la santé par les Canadiens, et ils ont chargé Santé Canada de diriger le programme d'action national en santé. La *Loi sur le ministère de la Santé* établit le mandat de Santé Canada. Le ministre de la Santé est également responsable de l'application directe de 18 autres lois, dont la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. En plus de ces responsabilités législatives, Santé Canada exécute un important travail dans les domaines des sciences et de la recherche, de l'élaboration de politiques, de l'exécution de programmes et de la prestation de services, qui a de profondes incidences sur un large éventail de Canadiens.

Notre mission

Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Énoncé de mission

Aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Objectifs

En travaillant ce concert avec d'autres intervenants de manière à susciter la confiance des Canadiens, Santé Canada vise les objectifs suivants :

- prévenir et réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement, dans leur ensemble;
- promouvoir des habitudes de vie plus saines;
- assurer des services de santé de haute qualité qui sont efficients et accessibles;
- intégrer le renouvellement du système de soins de santé à des plans à long terme dans les secteurs de la prévention des maladies, de la promotion et de la protection de la santé;
- réduire les inégalités sur le plan de la santé dans la société canadienne;
- fournir de l'information sur la santé afin d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés.

Rôles

Santé Canada assume cinq rôles principaux afin de concrétiser sa vision. Pour jouer ces rôles décrits ci-dessous, le Ministère puise dans ses forces d'organisation à vocation scientifique. Nous contribuons à l'approfondissement du savoir par l'entremise de la recherche, de l'analyse et des évaluations que nous effectuons ou appuyons ou auxquelles nous participons à titre de partenaire. Nous tirons également parti du savoir généré dans le monde de manière à faire des choix éclairés et efficaces en ce qui concerne les cinq rôles.

Leader et partenaire – par l'entremise de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, qui englobe les valeurs et les principes clés de l'assurance-maladie.

Bailleur de fonds – au titre du soutien stratégique au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, remplacé le 1er avril 2004 par le nouveau Transfert canadien en matière de santé. Santé Canada transfère également des fonds aux organisations inuites et des Premières nations pour les aider à offrir des services de santé communautaire et des subventions et des contributions à diverses organisations qui appuient les objectifs du Ministère en matière de santé.

Gardien et responsable de la réglementation – par l'entremise du rôle de d'intendant, qui consiste à protéger les Canadiens et à faciliter l'approvisionnement en produits essentiels pour la santé et le bien-être. Le Ministère réglemente et approuve l'utilisation de milliers de produits, notamment les pesticides, les substances toxiques, les produits pharmaceutiques et biologiques, les matériels médicaux, les produits de santé naturels, les biens de consommation et les aliments. Nous offrons une gamme de programmes et de services dans les domaines de la santé et de la protection de l'environnement et avons des responsabilités dans les secteurs de l'abus de substances, des politiques sur le tabac, de la santé en milieu de travail et de l'utilisation de produits de consommation en toute sécurité. En outre, Santé Canada surveille les maladies, en assurent le suivi et prend des mesures, au besoin.

Fournisseur de soins – par l'entremise de la prestation de soins de santé complémentaires à quelque 735 000 membres des Premières nations et Inuits, dont les produits pharmaceutiques, les services dentaires, les soins de la vue, le transport pour raison médicale, les fournitures et les appareils médicaux et les primes des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Nous offrons des services de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits, notamment dans les domaines de la prévention, de la promotion, des soins de santé primaires ainsi que des services pour lutter contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Fournisseur d'information – par l'entremise de l'exécution de programmes scientifiques et de programmes de recherche de haute qualité. Nous appuyons l'élaboration de politiques, réglementons des produits de plus en plus perfectionnés et offrons les services, l'information et la gestion nécessaires pour garantir aux Canadiens l'accès à des soins de santé abordables et de qualité. Grâce à la recherche et à la surveillance, nous fournissons de l'information que les Canadiens peuvent utiliser pour maintenir et améliorer leur santé.

En concertation

Santé Canada travaille avec la population canadienne par le truchement de consultations et d'activités de mobilisation du public. Cette concertation vise également nos partenaires, à savoir les provinces et les territoires, les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités, les instituts de recherche, les organisations internationales, les

bénévoles, et d'autres ministères et organismes fédéraux.

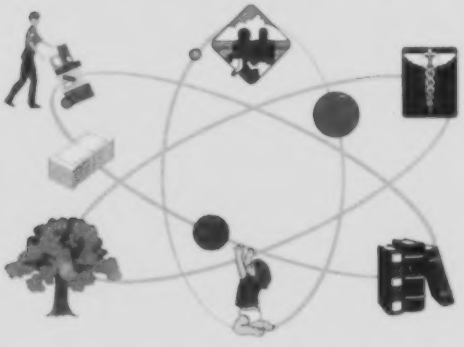
Santé Canada est l'un des nombreux facteurs qui influe sur la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé

Santé Canada est déterminé à rendre compte de ses activités d'une façon qui montre clairement aux Canadiens les avantages qui découlent de l'utilisation des fonds publics aux Canadiens. La réalisation de cet engagement et l'obtention de résultats concrets et clairs dépendent largement de deux facteurs généraux concernant la santé au Canada :

Le premier tient est que l'état de santé des particuliers, des groupes et des Canadiens en général résulte d'un grand nombre de facteurs, dont la plupart échappent à l'intervention directe et mesurable d'un ministère ou d'un gouvernement isolé.

Une foule de déterminants sociaux, économiques, génétiques, environnementaux et autres se combinent pour influer sur la santé des personnes et des collectivités http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/ab-nwt/pdf/resources/Determinants_colour_e.pdf. Bien que l'efficacité du système de santé, y compris celle du travail de Santé Canada, soit importante pour aider à répondre aux besoins des citoyens en matière de santé, les déterminants « en amont » influent de façon si profonde sur les choix que doit effectuer tout système de santé qu'il est difficile de cerner clairement les liens entre les mesures ministérielles et les résultats globaux en matière de santé.

Déterminants de la santé



Le deuxième fait à mentionner est que le système de soins de santé du Canada fait appel à un grand nombre de partenaires de toutes les administrations ainsi que des secteurs public, bénévole et privé, de sorte que la création de partenariats efficaces est un élément constant des stratégies de santé.

Toutes les administrations du Canada sont responsables d'aspects qui influent sur la santé des Canadiens. Les services de santé sont offerts par un grand nombre de particuliers, d'organismes gouvernementaux, d'organismes sans but lucratif et d'entreprises qui constituent la première ligne des services de santé offerts directement aux Canadiens. Concrètement, Santé Canada s'efforce d'obtenir des résultats au moyen de nombreux partenariats, en influençant et en informant les décisions des autres.

S'organiser pour obtenir des résultats

Organisation et exécution des programmes

L'organigramme du Ministère illustre la structure de Santé Canada. Toutefois, un organigramme ne peut faire comprendre que les employés de toutes les régions obtiennent des résultats grâce à l'établissement de partenariats et à la collaboration avec les intervenants.

Santé Canada : Au travail, partout au pays

Les lieux d'exécution des programmes nationaux du Ministère ainsi que les services de liaison destinés aux partenaires provinciaux et territoriaux sont répartis partout au pays. Dans chaque région, le directeur général régional est le représentant principal de Santé Canada, responsable d'assurer la

cohérence ministérielle. Le personnel régional travaille avec de nombreux partenaires en vue d'offrir des programmes ministériels qui sont adaptés aux conditions locales et de promouvoir les initiatives ministérielles. Nous consultons le public au sujet d'un grand nombre de questions, ainsi que les entreprises qui exercent leurs activités dans un domaine réglementé, conformément à l'engagement du gouvernement à l'égard de la réglementation intelligente et de la transparence. De plus, le personnel régional fournit de l'information sur les tendances et les enjeux régionaux en vue de l'élaboration de politiques et de programmes nationaux, et il réagit aux questions de santé propres aux régions.

Les rôles de **fournisseur de services** et de **bailleur de fonds** sont particulièrement importants dans les régions. En effet, les régions offrent, en collaboration avec leurs partenaires respectifs, les programmes communautaires nationaux de Santé Canada et une gamme exhaustive de services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits. Ce faisant, la fonction de prestation de programmes contribue à la réalisation d'un objectif plus global, à savoir le renforcement des capacités communautaires.

Le personnel régional exerce le rôle de **fournisseur de renseignements** et de **leader et de partenaire** dans le cadre des activités de recherche et d'élaboration des politiques, y compris par les analyses de l'environnement, la collecte de renseignements et les relations fédérales-provinciales-territoriales, au moyen d'une liaison coordonnée et régulière avec les autorités provinciales et territoriales du domaine de la santé. Les laboratoires régionaux sont de solides centres de recherche au sein de l'organisation. Les bureaux régionaux contribuent aussi à de nombreux projets de recherche avec des partenaires communautaires et des chercheurs universitaires.

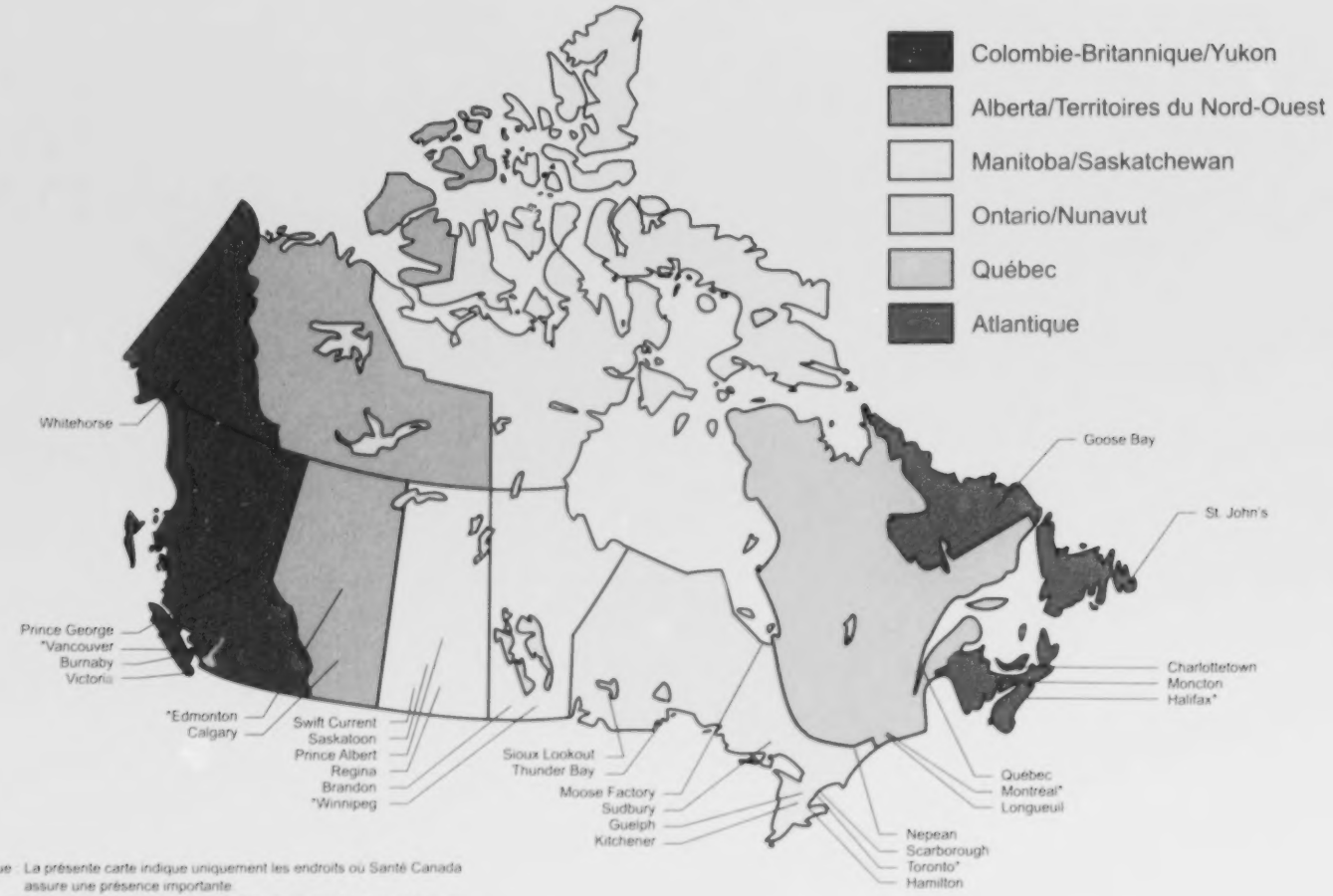
De plus, grâce à des partenariats communautaires élargis, les bureaux régionaux contribuent aux activités d'**éducation** et de **consultation du public** sur une gamme étendue de questions, comme le tabagisme, le diabète, la prévention du sida, l'éducation des parents pour favoriser la croissance d'enfants en santé ainsi que l'information sur la prévention des chutes pour les aînés. Par ailleurs, les bureaux régionaux tiennent des consultations régionales sur les questions réglementaires qui ont des incidences sur la santé des Canadiens.

À titre de **gardiens** et de **responsables de la réglementation**, les employés régionaux assurent le contrôle et l'application de la législation et des règlements fédéraux en matière de santé et surveillent le système de santé provincial et territorial afin de veiller à ce que les principes de la *Loi canadienne sur la santé* soient respectés. Ils contrôlent et inspectent les produits biologiques, les médicaments, les matériels médicaux, les pesticides et les produits de santé naturels ainsi que leurs fabricants, et ils appliquent les dispositions réglementaires relatives à la sécurité des consommateurs en ce qui concerne les produits chimiques, les produits du tabac et les produits de consommation. De plus, les employés régionaux travaillent avec d'autres ministères fédéraux en vue de maintenir et d'améliorer la santé de leurs travailleurs. Ils effectuent également des analyses de drogues pour les forces de l'ordre.

Santé Canada assure une présence partout au pays et s'efforce d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Les bureaux de Santé Canada sont situés dans les principales zones de prestation de programmes et de services. Au pays, on dénombre 500 établissements de santé et plus de 45 centres de traitement pour les Premières nations et les Inuits. La gestion d'un grand nombre de ces établissements a été confiée

Santé Canada : Au travail, partout au pays



Remarque : La présente carte indique uniquement les endroits où Santé Canada assure une présence importante.

(*) Indique les localités où se trouvent les directeurs généraux régionaux.

Organigramme

Organigramme

aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites.

Santé Canada a aussi neuf laboratoires* qui offrent des services d'analyse chimique, physique et microbienne. Ces services soutiennent les activités d'inspection, d'enquête et de surveillance.

Travail avec les partenaires du portefeuille

Même si le présent rapport décrit uniquement le travail de Santé Canada, le Ministère fait partie d'un groupe d'organisations qui relève du Parlement par l'entremise du ministre de la Santé. En particulier, le Ministère travaille en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Cette relation permet aux IRSC de veiller à ce que les recherches en santé qu'ils financent tiennent compte des priorités globales du système de santé et des enjeux naissants.

En raison de ses responsabilités dans le cadre du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail, le Ministère interagit aussi avec le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses (CCRRMD). Le Conseil, habilité par la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, évalue les demandes présentées par les fabricants et les fournisseurs de produits potentiellement dangereux qui souhaitent protéger certains secrets de fabrication, en protégeant la santé des travailleurs qui pourraient entrer en contact avec ces produits.

Étant donné que Santé Canada et ses partenaires provinciaux et territoriaux examinent ensemble les conséquences de la hausse du coût des médicaments sur l'ensemble des dépenses en santé, la collaboration avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) s'est avérée utile. Le CEPMB est un organisme quasi judiciaire indépendant, créé en vertu de la *Loi sur les brevets*, qui a pour mandat de protéger les intérêts du consommateur dans le contexte d'une protection accrue des brevets pharmaceutiques. Il a notamment pour mandat de s'assurer que les prix demandés par les fabricants de médicaments brevetés au Canada ne sont pas excessifs.

Amélioration de la mesure du rendement

Santé Canada s'est engagé à créer et à utiliser un système de gestion du rendement qui lui permette de cibler l'affectation de ses ressources de manière à ce qu'elles contribuent le plus à l'amélioration de la santé des Canadiens. Étant donné l'importance qu'accordent les Canadiens à l'efficacité des mesures gouvernementales dans le domaine de la santé, le travail sur la mesure du rendement est un élément important des initiatives fédérales telles que *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes - Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*.

Au début de l'exercice 2003-2004, nous avons défini jusqu'à six indicateurs de rendement pour chaque résultat stratégique décrit dans le présent rapport. Ces indicateurs ont été perçus comme ceux permettraient le mieux de cibler et de surveiller les résultats les plus importants. Au cours de l'exercice, nous avons déterminé quelles données seraient adéquates pour clarifier les indicateurs de rendement. Dans la mesure du possible et selon les recommandations du Secrétariat du Conseil du Trésor, nous avons intégré les indicateurs de rendement au présent rapport.

* Le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, situé à Guelph, en Ontario, a deux autres unités, une à Lethbridge, en Alberta, et l'autre à Saint-Hyacinthe, au Québec.

À la suite de l'annonce du 12 décembre 2003 concernant de nouvelles initiatives visant à renforcer la fonction de contrôleur au sein du gouvernement fédéral (http://www.tbs-sct.gc.ca/spsm-rgsp/spsm-rgsp3_f.asp), nous avons revu nos mesures de gestion du rendement. Parmi les nouvelles initiatives, il y avait une fonction de surveillance renforcée au Secrétariat du Conseil du Trésor, notamment un nouveau Système d'information sur la gestion des dépenses (SIGD), avec comme élément central une nouvelle Architecture d'activités de programme (AAP) pour chaque ministère et organisme. Chaque AAP doit appuyer le cadre de responsabilisation de gestion du ministère ou de l'organisme en associant les programmes aux résultats et à l'information financière et non financière (http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/tools_outils/paa-deck_f.asp).

La nouvelle orientation a entraîné d'importants changements dans notre manière de concevoir le système de gestion du rendement. Alors que notre travail était orienté initialement vers la gestion en fonction des résultats ministériels, l'APP comprend à la fois des éléments ascendants et descendants. Après la fin de l'exercice, nous avons élaboré une AAP pour le Ministère. Elle a été approuvée par le SCT, et nous procédons à l'élaboration d'indicateurs adéquats pour définir et évaluer nos résultats pour les années à venir. Cette nouvelle approche devrait faire l'objet de rapports à compter de l'exercice 2005-2006.

Fiabilité des données sur le rendement

De nombreuses sources de données ont été utilisées dans la préparation du présent rapport. Les tableaux de la Section III ont été produits à l'aide des bases de données et des enquêtes sur la santé de la population de Statistique Canada, et de sources de données internes.

Statistique Canada - Statistiques démographiques (base de données sur les décès)

Le système d'enregistrement des décès tient compte de tous les décès au Canada. Le bureau central de l'état civil de chaque province et territoire fournit à Statistique Canada les données tirées des formulaires d'enregistrement de décès. Les décès sont codés selon la Classification internationale des maladies, et sont dénombrés selon l'âge et le sexe, et selon la province et le sexe. Étant donné l'obligation de déclarer le décès avant l'enterrement ou toute autre mode de disposition de la dépouille, l'enregistrement des décès est considéré comme très complet. Par conséquent, la base de données sur les décès est une source de données très fiable.

Statistique Canada - Enquêtes sur la population

Santé Canada utilise souvent les enquêtes sur la population pour mesurer l'état de santé des Canadiens. Santé Canada finance le nombre d'enquêtes de Statistique Canada sur la santé de la population ou s'inscrit pour recevoir les résultats. Parmi les enquêtes utilisées pour obtenir de l'information sur les indicateurs contenus dans le présent rapport, mentionnons l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada.

Les enquêtes sur la santé de la population sont utilisées pour évaluer certains indicateurs clés du rendement. Toutes les données provenant d'une enquête sur la population menée par Statistique Canada et utilisées dans le présent rapport affichent une variabilité conforme aux lignes directrices de Statistique Canada concernant la communication des données.

Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada

Les données sur les Premières nations et les Inuits sont tirées du rapport susmentionné, publié par Santé Canada en 2002. Ce rapport brosse un portrait national des conditions de vie et de l'état de santé actuels des Premières nations vivant dans des réserves au Canada. Les limites des données utilisées dans le cadre du présent rapport sont décrites plus en détail à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ppas/ias/publications/profil_statistique.htm.

Sources de données internes

Les données de plusieurs sources internes ont été utilisées pour préparer le présent rapport, comme la base de données sur les maladies infectieuses et diverses évaluations. La fiabilité de ces données est limitée par certains aspects, comme les différences de définition et les lacunes concernant certaines données.

Section III :

Rendement du Ministère par résultat stratégique

Résultat stratégique :

Amélioration de l'accès aux soins de santé pour les Canadiens

Rendement du Canada -
Thème et question horizontale :
Santé - Sysème de soins solide

Objectif

Assumer un rôle de leader en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les autres intervenants clés en mettant l'accent sur l'élaboration d'une vision commune du système de santé canadien; définir les priorités clés et les approches de mise en œuvre afin d'améliorer la rapidité de l'accès ainsi que la qualité et l'intégration des services de santé (primaires, communautaires, de courte durée, à domicile et de longue durée) en vue de mieux répondre aux besoins de santé des Canadiens, peu importe l'endroit où ils habitent ou leur situation financière.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2003-2004	Total des crédits autorisés en 2003-2004	Dépenses réelles en 2003-2004
Dépenses nettes	308,6	329,9	324,4*

* Cette somme représente 7,9 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est principalement attribuable aux éléments suivants :

- financement des initiatives établies dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé;
- financement relatif au paiement de subventions aux trois territoires du Nord;
- réduction relative à l'exercice de réaffectation d'un milliard de dollar à l'échelle du gouvernement;
- changement du profil du financement prévu pour l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée (ACCPA).

Les dépenses réelles sont inférieures de 5,5 millions de dollars aux crédits autorisés, principalement pour les raisons suivantes :

- changement du profil des dépenses de quelques nouvelles activités;
- rajustements de fin d'exercice des dépenses du ministère de la Justice;
- non-utilisation de fonds dans divers programmes.

Priorités

- Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour faciliter l'accès des Canadiens à des services de santé de qualité et assurer la viabilité du système.
- Défendre les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et travailler en collaboration avec les provinces et les territoires pour assurer le respect de ces principes par tous les gouvernements.
- Améliorer la base de connaissances sur les questions relatives au système de santé.
- En partenariat avec les provinces et les territoires, mettre en place un système de gouvernance national pour l'éthique de la recherche avec les êtres humains.

Sommaire

Santé Canada participe activement au renouvellement du système de santé du Canada. Nous sommes responsables des initiatives et des investissements du gouvernement du Canada qui favorisent le changement de la structure du système de santé et améliorent l'accès à des services de santé de qualité pour toute la population canadienne. Nous exerçons ce rôle par divers moyens : en entreprenant des activités qui contribuent à honorer les engagements pris par le gouvernement du Canada dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé; en nous acquittant de notre responsabilité de surveillance de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*; en prenant des mesures pour appuyer l'établissement de pratiques du système de santé; en mettant au point des politiques, des règlements et des lois qui tiennent compte des besoins actuels et témoignent de connaissances de pointe.

Au cours de l'exercice 2003-2004, nous avons continué de nous acquitter de nos responsabilités permanentes dans le cadre de ce résultat stratégique. Pour mettre en œuvre l'Accord, nous avons travaillé avec nos homologues des gouvernements provinciaux et territoriaux, comme nous l'avions prévu dans nos plans pour l'exercice. L'Accord établit un plan d'action qui assurera aux Canadiens un accès rapide à des soins de qualité en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Pour appuyer ce plan, on a réservé dans le Budget de 2003 une somme de 34,8 milliards de dollars pour des investissements supplémentaires au cours des cinq prochaines années. Dans le Budget du 23 mars 2004, on a réservé 2 milliards de dollars pour le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) – un supplément pour la santé confirmé à l'occasion de la rencontre des premiers ministres du 30 janvier 2004 – ce qui porte à 36,8 milliards de dollars le financement pour la mise en œuvre l'Accord.

De plus, nous avons maintenu nos efforts visant à améliorer la base de connaissances requise pour élaborer des politiques efficaces, que ce soit par l'entremise de nos propres activités de recherche-développement sur les politiques ou en tirant parti de nos contacts internationaux. Nous avons également collaboré avec d'autres ministères à des questions d'intérêt partagé, plus particulièrement pour réaliser des progrès relativement aux questions de ressources humaines dans le secteur des soins.

Sommaire du rendement par priorité

Priorité 1 : Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour faciliter l'accès des Canadiens à des services de santé de qualité et assurer la viabilité du système.

Santé Canada poursuit ses travaux de soutien à la mise en œuvre des initiatives établies dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html). L'Accord garantit aux Canadiens un meilleur accès aux services de première ligne, une couverture moderne des coûts liés aux soins à domicile et aux médicaments très onéreux, un meilleur accès à du matériel diagnostique et médical financé par l'État, et l'obligation, pour les gouvernements, de mieux rendre compte de la façon dont les soins de santé sont offerts et dont les réformes sont mises en œuvre.

Le Conseil canadien de la santé (www.hcc-ccs.ca) est un organisme indépendant qui est chargé de surveiller la mise en œuvre de l'Accord et de présenter un rapport annuel sur celle-ci. On s'attend à ce que le Conseil de la santé assure la reddition de comptes à la population canadienne et améliore la transparence du système de santé. Il est largement appuyé par le public et les intervenants des soins de santé.

L'accroissement de la responsabilisation et l'amélioration de la reddition de comptes sur le rendement du système de santé garantissent aux Canadiens que des réformes sont mises en œuvre et qu'elles produisent les effets voulus sur le rendement du système. En s'appuyant sur les travaux réalisés pour les rapports comparables de 2002 (établis à la suite de l'entente conclue par les premiers ministres en septembre 2000), toutes les administrations publieront des rapports comparables à l'automne 2004 pour que la population ait accès à de l'information comparable sur le rendement du système de santé.

L'Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP) (www.cpsi-icsp.ca) est un organisme sans but lucratif, indépendant du gouvernement, qui fait la promotion des pratiques exemplaires, accroît la sensibilisation et offre des conseils sur les stratégies efficaces pour améliorer la sécurité des patients dans tout le système de santé canadien. On s'attend à ce que l'ICSP utilise une partie de ses fonds pour accroître les investissements d'autres groupes et, par le fait même, l'efficacité de ses activités.

Les nouvelles technologies en santé, novatrices mais coûteuses, exercent des pressions à la fois sur le budget du système de santé et sur celui des soins de santé. Toutefois, elles peuvent contribuer à offrir de nouveaux services avantageux pour les Canadiens. La Stratégie en matière de technologies de la santé est une initiative de collaboration FPT conçue pour intégrer les évaluations universitaires des technologies de la santé à l'analyse des politiques en matière de technologies, nécessaire aux décisions sur le financement public et au partage de l'information sur les considérations et les décisions relatives aux investissements stratégiques. Santé Canada assume la coprésidence du Comité consultatif FPT sur l'information et les nouvelles technologies (CCINT) et veille à ce que la Stratégie réponde aux besoins de toutes les administrations. Comme la Stratégie n'est pas encore en place, il serait prématuré de discuter des résultats et du rapport coûts-avantages.

La planification et la gestion des ressources humaines en santé (RHS) sont essentielles pour assurer l'accès aux fournisseurs de soins, dès maintenant et dans l'avenir. La Stratégie de RHS vise à donner suite aux engagements pris dans l'Accord, comme suit : 1) en assurant et en maintenant un effectif de la santé stable et optimal au Canada; 2) en appuyant le renouvellement général des soins de santé. Pour y parvenir, on mettra en œuvre

trois grandes initiatives au titre de la Stratégie de RHS : planification pancanadienne des ressources humaines en santé; formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient; recrutement et maintien en poste.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Donner suite aux priorités et aux objectifs de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé	
• Établir un Conseil de la santé pour assurer la responsabilisation et faciliter la production de rapports d'étape annuels sur la mise en œuvre de l'Accord, par toutes les administrations.	• Le 9 décembre 2003, on a annoncé la nomination du président et des 25 membres du Conseil de la santé. Michael Decter, qui a été élu à l'unanimité par les ministres de la Santé participants, assurera la présidence.
• Mettre au point des indicateurs comparables pour évaluer l'accessibilité, la qualité, l'efficience et l'efficacité du système de santé.	• Les ministres de la Santé ont approuvé dix nouveaux indicateurs comparables pour la présentation de rapports sur le rendement en novembre 2004. Le groupe de travail FPT a également examiné et précisé les indicateurs établis en 2002. De nouveaux indicateurs comparables seront mis au point pour la reddition de comptes après 2004.
• Déployer une stratégie nationale de renforcement de la sécurité du patient.	• On a annoncé en décembre 2003 la création de l'Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP). L'ICSP a reçu 2,2 millions de dollars en 2003-2004 et recevra 8 millions de dollars par année pour les exercices subséquents. Les fonds non utilisés serviront à appuyer le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux.
• Élaborer des stratégies d'évaluation technologique.	• Santé Canada continue de diriger, par l'entremise du CCINT, l'élaboration d'une stratégie intégrée des technologies de la santé. Dans le Budget de 2004, 45 millions de dollars ont été accordés sur cinq ans à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS). Les travaux sur le plan de mise en œuvre de la stratégie prendront fin à l'automne; ils seront coordonnés avec l'examen externe de l'OCCETS.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
• Adopter des stratégies concertées pour la planification des ressources humaines en santé.	• Dans le Budget de 2003, 90 millions de dollars ont été accordés sur cinq ans pour les travaux avec les provinces et les territoires visant à améliorer la planification et la coordination nationales des RHS. On poursuit les travaux relatifs à certaines initiatives de RHS établies dans l'Accord : planification pancanadienne des ressources humaines en santé; formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient; recrutement et maintien en poste.
• Soutenir la réforme des soins primaires.	• Les provinces et les territoires poursuivent leurs initiatives en matière de soins de santé primaires soutenues par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). Le Fonds appuie la mise en œuvre des projets de télésanté, des lignes de téléconseil et autres initiatives de cybersanté dans les provinces et les territoires. Plus de 90 % des 800 millions de dollars des cinq enveloppes sont engagés. Les administrations rendent des comptes annuellement.

Priorité 2 : Défendre les principes de la Loi canadienne sur la santé et travailler en collaboration avec les provinces et les territoires pour assurer le respect de ces principes par tous les gouvernements.

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) est la loi fédérale relative à l'assurance-maladie. La Loi définit les principes nationaux qui régissent le système de soins canadien (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité). Elle vise à assurer que tous les Canadiens admissibles jouissent d'un accès aux services hospitaliers et médicaux nécessaires, selon la formule du service prépayé, sans avoir à verser de frais directement au point de service. En 2003-2004, Santé Canada a continué d'assurer la conformité à la Loi et d'améliorer la reddition de comptes au Parlement et aux Canadiens. On trouve le *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé* à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/medicare.

Santé Canada gère la LCS en mettant l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les autorités sanitaires provinciales et territoriales. L'application de pénalités financières n'est considérée qu'en dernier recours, lorsque toutes les options de règlement concerté ont été épuisées. Conformément à l'engagement pris par l'ensemble des premiers ministres (à l'exception de celui du Québec) dans l'Entente-cadre

sur l'union sociale de 1999, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux (à l'exception du Québec) se sont entendus en avril 2002 sur un processus de prévention et de règlement des différends relativement à la *Loi canadienne sur la santé*.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Assurer la conformité aux conditions d'octroi et de versement fixées par la *Loi canadienne sur la santé* et aux dispositions de cette dernière sur la surfacturation et les frais modérateurs	• Les provinces et les territoires doivent veiller à ce que leurs régimes d'assurance-santé respectent les modalités et les critères de la LCS. Même si la collaboration entre Santé Canada et les provinces et les territoires a mené à un haut niveau de conformité à la Loi, Santé Canada continue d'accroître la surveillance de la prestation des soins de santé, de mettre au point de meilleurs outils de surveillance et d'analyse des renseignements, et d'enquêter et de rendre des comptes sur les problèmes de conformité et les nouvelles questions relatives à la santé.
Améliorer l'information présentée au Parlement et aux Canadiens par les provinces et les territoires sur les services de santé assurés.	• Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires pour améliorer la qualité de l'information recueillie et présentée dans le *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé*. Pour y parvenir, on a simplifié le processus, intensifié la collaboration et la communication avec les provinces et les territoires, et accru la portée et la précision des renseignements fournis dans le rapport.

Priorité 3 : Améliorer la base de connaissances sur les questions relatives au système de santé.

Santé Canada poursuit ses activités visant à améliorer la base des connaissances et appuie par le fait même l'élaboration d'un politique sur les soins de santé.

Les travaux continus sur l'analyse comparative entre les sexes (ACS) visent à appuyer l'élaboration de politiques et de programmes qui tiennent compte de la spécificité des besoins en santé chez les hommes, chez les femmes, chez les garçons et chez les filles du Canada.

Santé Canada continue de surveiller les répercussions possibles des accords commerciaux actuels et à venir sur la politique de la santé. Le Ministère continue également de partager de l'information avec d'autres pays et des organismes internationaux.

Le projet de loi C-6, *Loi sur la procréation assistée et la recherche connexe*, a reçu la sanction royale et a pris force de loi le 29 mars 2004. La Loi sera mise en œuvre par étape. Certaines dispositions de la Loi, plus particulièrement les interdictions visant des pratiques comme le clonage humain, sont entrées en vigueur le 22 avril 2004. La Loi a trois principaux objectifs : interdire des activités inacceptables comme le clonage humain; protéger la santé et la sécurité des Canadiens qui optent pour la procréation assistée pour fonder une famille; mettre en place des règles pour la recherche portant sur des embryons *in vitro*. Santé Canada entreprend des travaux pour créer l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée. L'Agence sera responsable de l'attribution de permis, des inspections et de la surveillance des activités régies par la Loi.

Pendant les Journées annuelles de santé publique de décembre 2003, Santé Canada-Région du Québec, l'Association pour la santé publique au Québec et de nombreux partenaires provinciaux ont accueilli plus de 200 professionnels de la santé publique de toutes les régions du Québec pour qu'ils puissent partager leurs pratiques novatrices en santé publique dans les milieux ruraux. Réunis autour du thème Ruralité et santé publique, les participants ont pu profiter de l'information et des expériences acquises grâce à dix projets financés par Santé Canada entre 2001 et 2003 dans le cadre de l'Initiative d'innovations en santé pour les régions rurales et éloignées.

www.inspq.qc.ca/jasp/archives/2003.asp?A=9.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Effectuer des études sectorielles sur certaines professions de la santé afin de mieux comprendre les besoins en ressources humaines en ce qui concerne ces professions, maintenant et dans l'avenir.	• Des travaux sont en cours dans le domaine des soins palliatifs et de fin de vie pour établir des liens entre les pratiques exemplaires et les soins de qualité par une sensibilisation des professionnels de la santé, y compris les paramédicaux, et pour déterminer les liens entre les normes d'accréditation nationales grâce à la conception d'un système de surveillance qui comprenne des indicateurs nationaux.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
	• En 2003-2004, on a réalisé des analyses documentaires, des analyses de la conjoncture, un rapport et des documents de recherche sur la Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) afin d'accroître la base de connaissances sur les questions de ressources humaines en santé. On a également créé le Comité national d'experts indépendant, qui offre à Santé Canada des conseils sur l'élaboration, la promotion et la mise en œuvre de l'initiative FIPCCP. • Santé Canada a également collaboré, avec Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC), au Programme des partenariats des ressources humaines (PRH). À ce jour, on a réalisé six études sur le secteur de la santé : travail social; pharmacie; soins de santé bucco-dentaires; soins infirmiers; ressources humaines des soins à domicile; secteur médical.
Diffuser de l'information sur le Web relativement au permis d'exercer au Canada et à la reconnaissance des diplômes étrangers pour les professionnels de la santé.	• Une autre initiative de RHS est à mentionner : un site Web, parrainé par Santé Canada en collaboration avec Citoyenneté et Immigration Canada, renfermant de l'information complète pour les diplômés internationaux en médecine qui désirent exercer au Canada.
Mettre à l'essai un programme de formation ayant pour but d'aider les employés à appliquer une analyse comparative entre les sexes à l'élaboration des politiques, des règlements et des programmes.	• Santé Canada continue de mettre en œuvre l'analyse comparative entre les sexes (ACS), à titre de ministère responsable – avec Condition féminine Canada, RHDCC, le ministère de la Justice et Patrimoine canadien – du Programme d'action pour l'égalité entre les sexes (2000). Santé Canada a tenu sept séances de formation sur l'ACS et a approuvé deux projets pilotes stratégiques concernant l'ACS.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Poursuivre les activités de recherche et d'analyse avec d'autres pays et des organismes internationaux et continuer à offrir des conseils stratégiques pour les négociations commerciales internationales.	• Santé Canada continue de surveiller les effets possibles de l'interprétation de certains accords commerciaux – comme l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA) – et des négociations de nouveaux accords commerciaux – comme la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA) – sur ses politiques en matière de santé et ses activités de protection de la santé. Santé Canada cherche toujours à obtenir la plus grande latitude possible en matière de politique pour disposer d'une vaste gamme d'options dans l'exécution de son mandat • Santé Canada participe également à de nombreuses activités internationales qui donnent lieu à la communication d'avis stratégiques en matière de politique. On a discuté du renforcement des relations avec les États-Unis en ce qui concerne les problèmes de santé et on a amélioré ou accru la collaboration dans les secteurs de la protection de la santé, de la sécurité et de la biosécurité.
Pousser la recherche et l'analyse sur la génétique humaine.	• La *Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe* établira l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée. Le processus de nomination du conseil d'administration et le processus de consultation pour la mise au point d'un régime de réglementation aux termes de la Loi seront amorcés dans un avenir rapproché.

Priorité 4 : En partenariat avec les provinces et les territoires, mettre en place un système de gouvernance national pour l'éthique de la recherche avec les êtres humains.

Lorsque des personnes participent à des projets de recherche en tant que sujets, elles courent le risque de subir des dommages physiques ou psychologiques. La recherche avec des sujets humains (RSH) soulève d'importantes préoccupations éthiques, notamment la nécessité de dévoiler aux participants, dans le cadre du processus de consentement éclairé, tous les risques possibles. Santé Canada désire promouvoir l'éthique dans la RSH, en particulier dans le cadre de la réglementation des essais cliniques. Le soutien offert par Santé Canada

aux initiatives et aux activités de sensibilisation du Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain (CNERH) (www.ncehr-cnerh.org) au sein du gouvernement fédéral a contribué à promouvoir les pratiques de protection en matière de RSH auprès des instituts de recherche et des comités d'éthique de la recherche de l'ensemble du Canada ainsi qu'auprès des ministères et organismes fédéraux.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Santé Canada établira un mécanisme interministériel pour attirer l'attention sur les défis qui se posent aux ministères et aux organismes fédéraux relativement à l'éthique de la recherche avec les êtres humains, et pour diriger le débat sur la question.	• Santé Canada a créé un groupe de travail permanent composé de représentants de plus de 20 ministères et organismes fédéraux afin de partager les pratiques exemplaires en éthique de la recherche et de favoriser la sensibilisation à l'éthique de la recherche au sein du gouvernement fédéral.
Santé Canada continuera à soutenir le milieu de la recherche avec les êtres humains, en particulier les Comités d'éthique de la recherche, en s'appuyant sur les mesures déjà prises pour accroître l'échange de l'information, l'apprentissage et l'innovation.	• Santé Canada a préparé un accord de contribution d'une valeur de 200 000 $ avec le CNERH pour appuyer les initiatives de sensibilisation à l'éthique de la recherche, en particulier son programme volontaire de visite des instituts de recherche. • Le CNERH a établi récemment un groupe d'étude dont le mandat est d'élaborer un modèle pour l'accréditation des programmes visant la protection de la recherche avec des sujets humains, y compris des conseils d'éthique de la recherche. L'organisme élabore actuellement un plan de travail, en collaboration avec les intervenants clés.
Le Ministère s'est également engagé à poursuivre les discussions avec les provinces et les territoires au sujet de la création d'un système de gouvernance national en la matière.	• Il n'y a pas eu de discussion officielle avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en 2003-2004. On pourrait tenir des discussions en 2004-2005 si l'évolution au sein de la communauté de l'éthique de la recherche s'y prête.

Résultat stratégique :

Une population en meilleure santé par suite des efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies

Rendement du Canada -
Thème et question horizontale
Population saine

Objectif :

Promotion de la santé, contrôle et prévention des blessures et des maladies.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2003-2004	Total des crédits autorisés en 2003-2004	Dépenses réelles en 2003-2004
Dépenses brutes	432,9	779,5	773,5
Recettes prévues	0	0	-0,1
Dépenses nettes	432,9	779,5	773,4*

* Cette somme représente 65,9 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable aux éléments suivants :

- financement relatif aux coûts additionnels associés aux mesures d'urgence pour le SRAS et le virus du Nil occidental (VNO) et aux conséquences de l'encéphalopathie bovine spongiforme (EBS) pour la santé humaine;
- financement de la Stratégie nationale d'immunisation;
- changement dans le profil de financement prévu pour la Stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole.

Les dépenses réelles sont inférieures de 6,1 millions de dollars aux crédits autorisés; cette situation est essentiellement attribuable aux éléments suivants :

- surestimation des besoins prévus pour le SRAS et le VNO;
- retard dans la Stratégie de préparation et d'intervention d'urgence contre la variole;
- rajustements de fin d'exercice des dépenses du ministère de la Justice.

Résultats intermédiaires

- Choix éclairés et adoption de pratiques sécuritaires, saines et durables en matière de santé.
- Capacité accrue de recherche en santé publique, meilleur partage de l'information et meilleure utilisation des données probantes chez les principaux partenaires et intervenants.
- Politiques et mesures de santé publique renforcées dans le système de santé.
- Production de données probantes pour déterminer les politiques et les pratiques relatives à la santé de la population et à la santé publique.
- Meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux pour les populations cibles.
- Système de promotion de la santé complet, intégré et durable.

Résultats immédiats

- Sensibilisation accrue du public aux principales questions relatives à la santé publique.
- Participation accrue des individus et des intervenants à l'élaboration des politiques et des programmes de promotion et de protection de la santé, et davantage de partenariats à cette fin.
- Meilleurs réseaux et meilleure coordination à l'échelle nationale et internationale.
- Connaissance et utilisation accrues de méthodes de promotion fiables des données probantes sur la santé de la population.
- Connaissance accrue des soutiens en ce qui concerne l'information, les collectivités et le système de santé.
- Mise en oeuvre de stratégies et de politiques visant à appuyer la santé publique.
- Meilleure capacité de la collectivité.

Priorités

Priorités du RPP 2003-2004

- Promouvoir des modes de vie sains.
- Prévenir la maladie
- Aider à promouvoir la santé et à prévenir et contenir la maladie en renforçant la surveillance et la recherche
- Protéger la santé des Canadiens en renforçant les messages d'urgence et la capacité d'intervention

Priorités actuelles

- Contribuer à l'élaboration d'un système de santé publique coordonné et complet
- Accroître la capacité du gouvernement fédéral en santé publique

En 2003-2004, l'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au Canada, de même que les rapports qui ont suivi, *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada* (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/sras/lecons.html) et *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir* (http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm), a mis en évidence la nécessité pour le Canada de concentrer ses efforts sur le système de santé publique et de le renforcer. Le Ministère a réagi à la menace à la santé publique et aux rapports qui ont suivi en modifiant ses priorités relatives à la santé publique et en entreprenant un éventail d'activités visant à accroître la capacité de l'administration fédérale en santé publique et améliorer l'ensemble du système de santé publique canadien.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

La structure de programme qui suit illustre les sous-activités de programme identifiées dans notre architecture d'activités de programme, récemment établie; elle est présentée pour la première fois dans le présent rapport, à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport détaillé en 2005-2006.

Programmes	Résultats
Mesure et intervention d'urgence	En partenariat avec les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux, Santé Canada continue de diriger, à l'échelle nationale, les interventions en cas de menace à la santé publique.
Prévention et contrôle des maladies chroniques	En collaboration avec les intervenants, Santé Canada assure un leadership, à l'échelle nationale et internationale, en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques, en menant des activités de surveillance et d'évaluation des risques et en élaborant des politiques et des programmes intégrés.
Prévention et contrôle des maladies infectieuses	Dans le cadre de son leadership national, Santé Canada entreprend, appuie et coordonne diverses mesures de santé publique : surveillance et épidémiologie, enquêtes sur les éclosions de maladies infectieuses, gestion des risques, recherche, dont la science en laboratoire, promotion de la santé, élaboration de politiques de santé publique, et programmes de prévention et de soins. Le Ministère travaille également en étroite collaboration avec les provinces et les territoires, et établit des relations avec des organismes internationaux en vue de participer activement aux initiatives mondiales d'éradication des maladies.
Développement de la santé humaine	En vue de se pencher sur la priorité de santé publique qu'est le développement de la santé humaine, le Ministère élabore et met en oeuvre des politiques et des programmes visant à améliorer la santé des Canadiens à tous les stades de la vie, et se fait le champion de ces politiques et de ces programmes. Par des mesures fondées sur les principes de santé de la population et de santé publique, Santé Canada continue d'examiner les déterminants de la santé afin de promouvoir les pratiques saines et de fournir du soutien en amont, ce qui facilitera le passage réussi d'un stade de vie à l'autre.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats (suite)

Programmes	Résultats
Coordination de la surveillance	Dans le cadre de son leadership national, Santé Canada coordonne, soutient et offre des programmes de formation en santé publique, un meilleur accès à de l'information pertinente sur la santé, et des stratégies FPT conjointes de surveillance et de communication en matière de santé, dans le cadre du Réseau de surveillance de la santé au Canada et sur la scène internationale. Ces activités permettent aux professionnels de la santé d'avoir accès aux outils et à l'information nécessaires pour prévenir ou réduire les risques pour la santé et pour améliorer la santé de tous les Canadiens.

Sommaire

Le secteur de la santé publique, un élément fondamental du système de santé canadien, cherche à prévenir les maladies, à prolonger la vie et à promouvoir la santé grâce à des efforts organisés de la société. Il incombe au gouvernement du Canada d'aider la population canadienne à maintenir et à améliorer sa santé. Pour ce faire, il doit entre autres promouvoir les modes de vie sains, réduire les disparités sur le plan de la santé, prévenir et contrôler les maladies infectieuses et chroniques ainsi que les blessures, et être prêt à intervenir en cas de menace à la santé publique. Comme la plupart des activités relatives à la santé publique sont réalisées en partenariat, une tendance positive en matière de santé illustre la réussite des efforts concertés.

Bien que nous ayons réussi à atteindre de nombreux objectifs initiaux prévus au titre de ce résultat stratégique de 2003-2004, nous avons dû modifier nos plans en raison de l'éclosion de SRAS et de l'encéphalopathie bovine spongiforme (ESB) au Canada ainsi que de la propagation du virus du Nil occidental (VNO). Nous avons ainsi reporté certaines activités et réaffecté du personnel et des ressources afin de pouvoir répondre aux demandes immédiates. Pour ce faire, nous avons embauché, formé et affecté du personnel spécialisé, acquis l'équipement nécessaire, élargi de façon considérable l'utilisation de nos capacités de dépistage et de recherche, investi dans la recherche et l'élaboration de tests de diagnostic, étendu la surveillance et travaillé de concert avec d'autres pays.

En raison de notre expérience du SRAS, de l'ESB et du VNO de même que des conseils et des recommandations découlant de rapports ultérieurs, des changements ont dû être apportés à l'approche du gouvernement du Canada en matière de santé publique et à nos propres stratégies. En particulier, l'administration fédérale a élargi sa capacité de santé publique et a exercé son leadership dans l'amélioration du système de santé public dans son ensemble. Elle a, entre autres, entrepris les démarches initiales pour créer l'Agence de santé publique du Canada et nommer un administrateur général de la santé publique.

Plus généralement, nous avons continué d'assumer nos responsabilités dans des secteurs comme les mesures et interventions d'urgence, la prévention et le contrôle des maladies chroniques et infectieuses, le développement de la santé humaine, et la coordination de la surveillance des maladies, qui nous permet de suivre l'éclosion des nouvelles

En 2003-2004, l'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au Canada, de même que les rapports qui ont suivi, *Leçons de la crise du SRAS* , *Renouvellement de la santé publique au Canada* (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/sras/lecons.html) et *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir* (http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm), a mis en évidence la nécessité pour le Canada de concentrer ses efforts sur le système de santé publique et de le renforcer. Le Ministère a réagi à la menace à la santé publique et aux rapports qui ont suivi en modifiant ses priorités relatives à la santé publique et en entreprenant un éventail d'activités visant à accroître la capacité de l'administration fédérale en santé publique et améliorer l'ensemble du système de santé publique canadien.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

La structure de programme qui suit illustre les sous-activités de programme identifiées dans notre architecture d'activités de programme, récemment établie; elle est présentée pour la première fois dans le présent rapport, à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport détaillé en 2005-2006.

Programmes	Résultats
Mesure et intervention d'urgence	En partenariat avec les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux, Santé Canada continue de diriger, à l'échelle nationale, les interventions en cas de menace à la santé publique.
Prévention et contrôle des maladies chroniques	En collaboration avec les intervenants, Santé Canada assure un leadership, à l'échelle nationale et internationale, en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques, en menant des activités de surveillance et d'évaluation des risques et en élaborant des politiques et des programmes intégrés.
Prévention et contrôle des maladies infectieuses	Dans le cadre de son leadership national, Santé Canada entreprend, appuie et coordonne diverses mesures de santé publique : surveillance et épidémiologie, enquêtes sur les éclosions de maladies infectieuses, gestion des risques, recherche, dont la science en laboratoire, promotion de la santé, élaboration de politiques de santé publique, et programmes de prévention et de soins. Le Ministère travaille également en étroite collaboration avec les provinces et les territoires, et établit des relations avec des organismes internationaux en vue de participer activement aux initiatives mondiales d'éradication des maladies.
Développement de la santé humaine	En vue de se pencher sur la priorité de santé publique qu'est le développement de la santé humaine, le Ministère élabore et met en œuvre des politiques et des programmes visant à améliorer la santé des Canadiens à tous les stades de la vie, et se fait le champion de ces politiques et de ces programmes. Par des mesures fondées sur les principes de santé de la population et de santé publique, Santé Canada continue d'examiner les déterminants de la santé afin de promouvoir les pratiques saines et de fournir du soutien en amont, ce qui facilitera le passage réussi d'un stade de vie à l'autre.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats (suite)

Programmes	Résultats
Coordination de la surveillance	Dans le cadre de son leadership national, Santé Canada coordonne, soutient et offre des programmes de formation en santé publique, un meilleur accès à de l'information pertinente sur la santé, et des stratégies FPT conjointes de surveillance et de communication en matière de santé, dans le cadre du Réseau de surveillance de la santé au Canada et sur la scène internationale. Ces activités permettent aux professionnels de la santé d'avoir accès aux outils et à l'information nécessaires pour prévenir ou réduire les risques pour la santé et pour améliorer la santé de tous les Canadiens.

Sommaire

Le secteur de la santé publique, un élément fondamental du système de santé canadien, cherche à prévenir les maladies, à prolonger la vie et à promouvoir la santé grâce à des efforts organisés de la société. Il incombe au gouvernement du Canada d'aider la population canadienne à maintenir et à améliorer sa santé. Pour ce faire, il doit entre autres promouvoir les modes de vie sains, réduire les disparités sur le plan de la santé, prévenir et contrôler les maladies infectieuses et chroniques ainsi que les blessures, et être prêt à intervenir en cas de menace à la santé publique. Comme la plupart des activités relatives à la santé publique sont réalisées en partenariat, une tendance positive en matière de santé illustre la réussite des efforts concertés.

Bien que nous ayons réussi à atteindre de nombreux objectifs initiaux prévus au titre de ce résultat stratégique de 2003-2004, nous avons dû modifier nos plans en raison de l'éclosion de SRAS et de l'encéphalopathie bovine spongiforme (ESB) au Canada ainsi que de la propagation du virus du Nil occidental (VNO). Nous avons ainsi reporté certaines activités et réaffecté du personnel et des ressources afin de pouvoir répondre aux demandes immédiates. Pour ce faire, nous avons embauché, formé et affecté du personnel spécialisé, acquis l'équipement nécessaire, élargi de façon considérable l'utilisation de nos capacités de dépistage et de recherche, investi dans la recherche et l'élaboration de tests de diagnostic, étendu la surveillance et travaillé de concert avec d'autres pays.

En raison de notre expérience du SRAS, de l'ESB et du VNO de même que des conseils et des recommandations découlant de rapports ultérieurs, des changements ont dû être apportés à l'approche du gouvernement du Canada en matière de santé publique et à nos propres stratégies. En particulier, l'administration fédérale a élargi sa capacité de santé publique et a exercé son leadership dans l'amélioration du système de santé public dans son ensemble. Elle a, entre autres, entrepris les démarches initiales pour créer l'Agence de santé publique du Canada et nommer un administrateur général de la santé publique.

Plus généralement, nous avons continué d'assumer nos responsabilités dans des secteurs comme les mesures et interventions d'urgence, la prévention et le contrôle des maladies chroniques et infectieuses, le développement de la santé humaine et la coordination de la surveillance des maladies qui nous permet de suivre l'éclosion des nouvelles

menaces pour la santé. Pour donner suite à notre engagement d'établir des partenariats et des approches davantage intégrés en ce qui concerne la santé de la population, nous avons dirigé des initiatives comme le Réseau canadien de la santé (RCS), qui offre un accès électronique à de l'information crédible et pratique sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Nous avons continué à agir en collaboration avec nos partenaires gouvernementaux, autochtones et non gouvernementaux dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et à aborder les priorités relatives à la santé, comme le développement des jeunes enfants, le diabète, le cancer du sein et l'hépatite C.

À titre de contribution à la priorité ministérielle d'amélioration de la reddition de comptes aux Canadiens, nous avons élaboré un cadre de gestion du rendement, qui nous permettra de renforcer la reddition de comptes relative à la gestion et à l'exécution des programmes de santé publique, en reliant les objectifs de programmes aux grands résultats associés à la santé. Grâce à la production de rapports sur ces résultats, il sera possible de faire valoir la contribution des programmes à l'amélioration de la santé générale de la population et à la réduction des disparités sur le plan de la santé.

Sommaire du rendement par priorité

Priorités actuelles : Contribuer à l'établissement d'un système de santé public coordonné et complet.

Accroître la capacité de l'administration fédérale en santé publique.

Le Canada a besoin d'un système de santé public pancanadien coordonné et complet, qui permet de cerner les maladies transmissibles ou non, les blessures et les urgences en santé publique, de réagir à ces situations rapidement, de façon coordonnée et efficace, et de promouvoir une bonne santé générale pour les Canadiens.

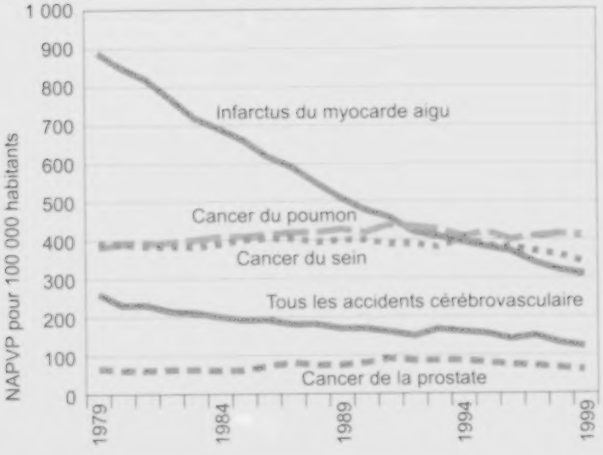
Le SRAS a été dépisté au Canada juste avant le dépôt du Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004. Entre mars et août 2003, les Canadiens ont été profondément touchés par le SRAS ainsi que par le VNO et l'ESB sur le plan économique et social. En tant que ministère responsable de l'administration fédérale des effets sur la santé humaine, Santé Canada a participé à diverses activités visant à faire face à ces menaces, notamment :

- recrutement, formation et utilisation d'agents de quarantaine, de professionnels de la santé et d'administrateurs pour le dépistage de l'infection au SRAS chez les passagers dans les aéroports des principales villes canadiennes;
- location et installation d'appareils mobiles de radiographie et de traitement des rayons X pour le compte des autorités de santé publique de Toronto;
- mise en fonction continue du Laboratoire national de microbiologie et acquisition de l'équipement nécessaire au dépistage et à la recherche;
- élaboration de tests et réalisation de recherches sur les traitements possibles contre le virus du Nil occidental;
- activités accrues de surveillance en santé pour les aînés et les autres groupes « à risque »;
- recherche sur les voies possibles d'exposition des Canadiens aux maladies relatives à l'ESB par l'entremise des cosmétiques, des produits biologiques, des médicaments humains, des appareils médicaux, des produits de santé naturels et des médicaments vétérinaires;
- collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé, les Centers for Disease Control

and Prevention (États-Unis) et d'autres organisations.

À la suite des menaces à la santé publique, divers rapports d'experts, dont ceux du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique et du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, ont souligné la nécessité que le Canada renforce son système de santé public. L'une des principales conclusions de ces rapports est que les Canadiens ont besoin d'un leadership fédéral et d'une meilleure coordination des ressources fédérales en santé publique. Le gouvernement du Canada a réagi en entamant le processus visant à établir l'Agence de santé publique du Canada et à nommer un administrateur en chef de la santé publique du Canada. La nouvelle agence, qui relèvera du ministre de la Santé, jouera un rôle de premier plan dans la prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé, coordonnera clairement le leadership fédéral et la reddition de compte relativement à la gestion des urgences en santé publique, servira de centre de communication pour le partage de l'expertise canadienne avec le reste du monde et l'application des résultats des activités internationales de recherche et développement aux programmes et aux politiques de santé publique du Canada, renforcera la collaboration intergouvernementale en santé publique et facilitera les approches nationales en matière de politique et de planification en santé publique.

Nombre d'années potentielles de vie perdues, pour diverses causes de décès, Canada, 1979-1999



Source : Indicateurs de la santé de Statistique Canada 2002

Bien qu'au début de l'année 2003-2004 une bonne partie des efforts ait été consacrée aux répercussions du SRAS, du VNO et de l'ESB sur la santé humaine, Santé Canada a continué de faire des progrès par rapport aux engagements prioritaires pris dans le Rapport sur les plans et priorités de 2003-2004 en vue d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur santé. Le Ministère a continué de travailler en vue de favoriser les milieux sains et de réduire les disparités sur le plan de la santé.

Santé Canada a investi de façon importante dans les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, et travaillé avec un large éventail de partenaires afin d'élaborer de l'information, des stratégies et des approches à cet égard, notamment pour promouvoir les modes de vie sains. Plus des deux tiers des décès au Canada sont attribuables aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires. L'obésité, l'inactivité physique et la malnutrition sont d'importants facteurs de risque communs, qui contribuent l'apparition d'un grand nombre de ces maladies non transmissibles.

En 2003-2004, le Ministère a collaboré étroitement avec des partenaires afin de promouvoir une stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sain. En outre, il a fourni un appui continu à l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au

L'Alberta Community HIV Fund, un modèle mixte communautaire-provincial-fédéral qui appuie les initiatives communautaires sur le VIH/sida, a financé 31 organismes en vue de faciliter la réalisation d'activités de communication, de développement communautaire, de formation, de prévention, de réduction des méfaits ainsi que de soins et de soutien. Les travaux d'évaluation ont permis de constater des changements positifs dans la sensibilisation, les attitudes, les connaissances et les compétences des populations cibles et une capacité organisationnelle et communautaire accrue relativement aux programmes sur le VIH/sida. L'activité met en évidence la façon dont Santé Canada travaille avec ses partenaires pour élaborer et maintenir un grand nombre de ses politiques et de ses programmes dans les collectivités du pays.

Canada, qui regroupe d'importants organismes de santé et associations de professionnels de la santé et étudie les meilleures façons de prévenir ou de retarder l'apparition des facteurs de risque ou des maladies grâce à des stratégies intégrées, par exemple une éducation sur la nutrition afin de réduire les risques de maladies cardiovasculaires ou de diabète ou des activités axées sur le bien-être des enfants. Ces activités visent à concrétiser la *Vision des modes de vie sains, Une nation plus saine*, qui offre à tous les Canadiens des conditions propices à une bonne santé et complétées par des stratégies ciblant certaines maladies comme le diabète et le cancer.

À ces efforts, sont ajoutée la passerelle électronique de Santé Canada vers le Réseau canadien de la santé, une collaboration pancanadienne visant à assurer l'intégration stratégique des renseignements électroniques en santé de sorte que les Canadiens aient accès à de l'information crédible, pratique et pertinente sur les façons de se maintenir en santé et de prévenir les blessures et les maladies, ce qui leur permettra de faire de meilleurs choix en matière de santé. Grâce à un partenariat de plus de 20 affiliés du secteur bénévole et de 1 000 collaborateurs, on traite un large éventail de groupes (des enfants aux aînés), de sujets liés à la santé (de la vie active à la santé en milieu de travail) et de maladies (du cancer aux maladies respiratoires), en offrant ainsi plus de 17 000 ressources de haute qualité, examinées par des experts et sélectionnées par des organismes canadiens, à l'intention des Canadiens.

En plus d'avoir pris des mesures concernant le SRAS, l'ESB et le VNO, Santé Canada a investi de façon substantielle dans des initiatives de prévention et de contrôle des maladies infectieuses au Canada, qui visaient entre autres à surveiller la prévalence des maladies, connues ou nouvelles, et à favoriser la collaboration entre les administrations fédérale, provinciales, territoriales et d'autres partenaires afin de coordonner les interventions. Un grand nombre de ces initiatives portent notamment sur des comportements humains comme l'utilisation de drogues injectables et l'activité sexuelle à risque, qui contribuent à la propagation de nombreuses maladies transmissibles. Le Ministère a continué de prendre des engagements et de collaborer avec les autres administrations, les collectivités, les organismes non gouvernementaux, les groupes professionnels, les établissements de recherche et le secteur privé afin de renforcer la capacité du Canada d'intervenir en cas de menace à la santé publique comme le VIH/sida, l'hépatite C, la grippe pandémique ou la résistance aux antimicrobiens.

Santé Canada, à titre de membre du Réseau de surveillance de la santé au Canada, a continué de venir en aide aux chercheurs, aux universitaires et aux décideurs à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et locale, en leur donnant accès à des outils et en

coordonnant les efforts visant à renforcer la surveillance de la santé, au moyen de diverses activités : suivi et prévision relativement aux problèmes de santé ou aux déterminants de la santé, par la collecte de données, et intégration, analyse et interprétation des résultats sous forme de produits de surveillance. Santé Canada a lancé plusieurs initiatives visant à améliorer la qualité, l'accessibilité et l'intégralité de l'information de surveillance de la santé : Système d'information sur la santé publique (SISP-i); programme d'apprentissage en ligne pour le perfectionnement des compétences, destiné aux travailleurs en santé publique; données et services du Système d'information géographique; répertoire des systèmes de surveillance des blessures; rapports destinés aux professionnels de la santé servant à élaborer des politiques et des pratiques; investissements dans les systèmes de surveillance du VIH/sida et des blessures transfusionnelles.

En tant que centre de coordination canadien pour les questions de sécurité en santé publique, Santé Canada protège la santé des Canadiens en cas d'urgence naturelle ou d'urgence attribuable à l'activité humaine. Par exemple, le Ministère a répondu dans les trois heures qui ont suivi à deux demandes de fourniture d'urgence du gouvernement de la Nouvelle-Écosse : 200 couvertures et 196 civières en septembre 2003, et 200 couvertures et 198 civières supplémentaires en février 2004. En plus d'accueillir, en octobre 2003, une conférence nationale en santé publique sur les attaques chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires, Santé Canada a continué d'accroître sa propre capacité de faire face à de telles menaces. À l'échelle internationale, Santé Canada a joué un rôle de premier plan au sein du Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale et a continué de travailler en étroite collaboration avec les États-Unis en matière de sécurité publique, de même qu'avec d'autres partenaires fédéraux, dans le cadre de l'Initiative Frontière intelligente.

Un cadre stratégique de gestion du rendement, combinant un cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) et un cadre de vérification fondé sur les risques (CVFR), a été élaboré en vue de gérer, de surveiller et d'évaluer les activités des programmes de santé publique offerts au pays. La mise en oeuvre de ce cadre aide la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à tenir l'engagement qui consiste à améliorer la reddition de comptes relative à la gestion et à l'exécution de programmes de santé publique. On a également élaboré des cadres de gestion du rendement propres aux programmes, qui décrivent les liens avec le CGRR et le CFVR de niveau stratégique. Ces liens entre les objectifs propres aux programmes et les grands résultats relatifs à la santé permettent de rationaliser les activités associées à la mesure, à la surveillance et à la déclaration des répercussions des programmes sur la santé, afin de montrer leur contribution à l'amélioration de la santé générale de la population et de réduire les disparités sur le plan de la santé. Grâce à ce cadre de gestion stratégique, on peut avoir un aperçu de l'éventail des résultats visés par les programmes, établir une stratégie pour mesurer les effets des programmes à long terme, proposer des stratégies pour cerner les risques propres aux programmes et avoir un modèle logique qui illustre l'enchaînement des activités aux extrants et aux résultats en santé.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation

Engagement du RPP	Situation
Promouvoir des modes de vie sains	
Promouvoir la bonne santé et prévenir les maladies en dépensant plus de 100 millions de dollars pour quelque 900 projets communautaires, notamment par l'intermédiaire du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) hors réserve.	***Continu*** • Pendant un mois habituel, 460 projets du PACE offrent des services à 75 000 enfants et à 50 435 parents et fournisseurs de soins http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pace_accueil_f.html. • Par année, 320 projets du PCNP offrent des services à plus de 45 000 femmes en période pré ou post-natale http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pcnp_accueil_f.html. • 127 sites du PAPA offrent des services à près de 3 616 enfants dans neuf provinces et trois territoires http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/papa_accueil_f.html. • En octobre, Santé Canada et le Conseil canadien de la santé et de la vie active au travail ont lancé *Escaliers vers la santé*, une combinaison de publicités, de défis virtuels d'escalade d'escaliers et de feuillets d'information; cette ressource interactive Web encourage les employeurs et les employés à utiliser les escaliers plutôt que l'ascenseur, un moyen rentable d'intégrer l'activité physique au travail quotidien. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sth-evs/francais/index.htm.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
	• La région de l'Ontario et du Nunavut a diffusé une trousse destinée au secteur de la santé et au secteur social, dans laquelle sont précisés les indicateurs d'une politique sociale non excluante, et a lancé une campagne de sensibilisation du public, qui encourage les directeurs d'école, les superviseurs et les familles à travailler à la création d'une politique scolaire ouverte à tous. La région de l'Atlantique a présenté des exposés et de la formation sur l'inclusion économique et sociale à Terre-Neuve-et-Labrador, en partenariat avec la province et le conseil provincial.
Mieux comprendre la santé des enfants en continuant à financer la recherche par l'entremise des centres d'excellence pour le bien-être des enfants.	***Continu*** • Quatre centres ont reçu au total 1,5 million de dollars; leurs activités se concentraient sur le développement des jeunes enfants, le bien-être des enfants, la participation des jeunes et les enfants ayant des besoins spéciaux.
Prévenir le diabète de type II en versant 7 millions de dollars pour plus de 100 projets communautaires.	***Continu*** • La Stratégie canadienne sur le diabète – qui porte principalement sur les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie, la coordination nationale des efforts et le soutien aux soins et aux traitements pour tous les Canadiens, y compris les Inuits et les collectivités des Premières nations dans les réserves – a été prolongée jusqu'en 2005, ce qui a permis au Ministère de poursuivre ses projets communautaires visant à sensibiliser davantage la population à la maladie et à participer à des initiatives conjointes de prévention de la maladie. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/index.html. Dans le cadre de la Stratégie, les responsables du Système national de surveillance du diabète ont diffusé leur premier rapport *Relever le défi posé par le diabète au Canada*. http://www.NDSS.ca.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
Financer des travaux de recherche (dont les Initiatives canadiennes pour la recherche sur le cancer du sein et de la prostate) et des campagnes de sensibilisation du public sur les comportements à risque.	***Continu*** • En tirant parti de l'établissement du forum du conseil directeur et des intervenants, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) – un effort concerté multisectoriel visant à réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité associées au cancer grâce à l'application des connaissances dans des stratégies et des mesures – a poursuivi ses travaux de planification en 2003 et a tenté d'obtenir du financement dans six secteurs prioritaires : lignes directrices cliniques, normes, prévention, planification des ressources humaines, recherche stratégique et amélioration des interventions de soutien et des soins psychosociaux et palliatifs. http://www.cancercontrol.org. • Des travaux ont également été réalisés pour améliorer la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/ccdpc-cpcmc/bc-cds/cbci_main_f.html.
Resserrer les liens avec les organisations bénévoles en commençant à mettre en place les codes de bonnes pratiques pour le dialogue sur les politiques et pour le financement.	***Continu*** • Santé Canada est allé au-delà de l'obligation de rendre compte aux autres ministères des activités mises en oeuvre dans le cadre de l'Accord de décembre 2001 en collaboration avec le secteur bénévole et, afin de faire preuve de transparence, a diffusé un rapport public contenant des exemples de bonnes pratiques utilisées au Ministère et dans les régions. Tous les ministères doivent maintenant, dans leur cadre de la présentation des rapports, décrire en détail les bonnes pratiques courantes. Vous trouverez des détails supplémentaires à : http://www.vsi-isbc.ca/. • Santé Canada a versé 1,95 million de dollars à 29 organismes en vue de soutenir la gouvernance, le leadership ou encore la gestion et le développement dans le secteur bénévole. Six projets pilotes sont en cours, dans le cadre desquels Santé Canada et le secteur bénévole collaborent à des questions qui leurs sont mutuellement prioritaires.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
Coparrainer un symposium avec les provinces, les territoires et les intervenants en vue d'accroître la participation des intervenants clés à l'établissement d'un programme d'action, en matière de modes de vie sains, et à la recherche de stratégies, pour l'obtention de meilleurs résultats en santé.	***Terminé*** • Le symposium sur les modes de vie sains a eu lieu à Toronto, les 16 et 17 juin 2003. http://www.hc-sc.gc.ca/francais/vie_saine/viesaine/index.html.
Élaborer un programme pancanadien intégré en matiere de modes de vie sains. Faire en sorte que le Programme de modes de vie sains réponde aux besoins uniques des Canadiens vivant dans la région de l'Atlantique.	***Continu*** • En septembre 2003, les ministres FPT de la Santé ont adopté le cadre de la Stratégie des modes de vie sains et cinq points prioritaires. Dans le cadre de la Stratégie, Santé Canada a travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires afin d'établir un Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, de continuer les travaux dans les secteurs de la recherche, de la surveillance et des pratiques exemplaires, d'élaborer des modèles et des options pour la création d'un fonds intersectoriel, d'examiner les options relatives à une stratégie de communication ou d'information sur la santé et de poursuivre le dialogue avec les intervenants autochtones, sous la direction du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). • Dans le cadre de la Stratégie de mieux-être de l'Atlantique, toutes les administrations de la région de l'Atlantique ont privilégié l'élaboration d'un plan de marketing social et d'un cadre relatif à un centre d'information bilingue sur la promotion de la santé.
Prévenir la maladie	
Prévenir et contenir les maladies infectieuses au Canada en surveillant la fréquence des maladies connues ou nouvelles et en travaillant avec les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux pour coordonner les interventions.	***Continu*** • Importante activité sur les interventions en cas de menace associée au SRAS, à l'ESB ou au VNO et sur la capacité d'intervention à cet égard.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
	• En février 2004, Santé Canada a diffusé le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, qui décrit comment le Canada se préparera à une pandémie de grippe et interviendra si la maladie apparaît. Le Plan clarifie les rôles et les responsabilités de tous ceux qui participent aux interventions d'urgence et présente des directives pour les activités de prévention, de préparation et d'intervention à tous les échelons de gouvernement en cas de grippe pandémique. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/cpip-pclcpi/index_f.html/. • En juin 2003, Santé Canada a diffusé un document de recherche stratégique sur la résistance aux antimicrobiens. http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/microbial.pdf. En collaboration avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Ministère a élaboré le Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA) afin de surveiller les tendances associées à l'utilisation d'antimicrobiens et l'apparition de résistance chez les organismes bactériens de source humaine, animale ou alimentaire, partout au Canada. Le rapport du PICRA a été diffusé en mars 2004 et contient les données nationales les plus à jour et les plus valides sur la résistance aux antimicrobiens dans la chaîne alimentaire. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/cipars-picra/index.html. • En novembre 2003, Santé Canada a lancé une vaste consultation au sujet d'un plan d'action sur le VIH/sida; ce plan décrit une approche nationale coordonnée visant à lutter contre la maladie et à faire face aux questions sociales et de santé connexes qui contribuent aux nouvelles infections et ont des répercussions sur les personnes vivant avec le VIH/sida. De plus, Santé Canada a continué de travailler à un plan d'immunisation qui assurera la participation des Canadiens à l'élaboration et à la distribution de vaccins contre le VIH, et l'accès équitable aux vaccins lorsqu'ils seront disponibles.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
	• Santé Canada a continué de déployer des efforts pour renforcer le cadre législatif relatif à la santé publique. Au printemps 2004, le Ministère a mené des consultations auprès du public et des intervenants sur chaque article d'une proposition législative qui visait les maladies transmissibles, la quarantaine, les toxines et les pathogènes humains, l'information sur la santé, la recherche et la surveillance. • Santé Canada a dirigé l'établissement du Manitoba Harm Reduction Network, a renforcé les relations de travail entre les agents de correction et les organismes communautaires en améliorant la continuité des programmes de traitement des détenus entre l'incarcération et la période suivant l'incarcération. • Le programme d'épidémiologie de terrain a continué d'appuyer les interventions d'urgence et de fournir de la formation spécialisée aux professionnels de la santé relativement à la pratique de l'épidémiologie appliquée. Il a permis d'accroître la capacité en santé publique à l'échelle nationale et internationale. Par exemple, huit des dix épidémiologistes de terrain ont participé à l'enquête sur le SRAS à Vancouver, à Ottawa, à Halifax et à Toronto, en effectuant des enquêtes sur des groupes et des activités d'épidémiologie descriptive, en concevant des lignes directrices sur la prévention et le contrôle, et en planifiant et en entreprenant des études.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
Investir 31 millions de dollars afin de lutter contre le VIH/sida.	***Continu*** • Financement de plus de 230 projets pour promouvoir la prévention du VIH et permettre aux personnes atteintes de la maladie d'avoir accès à des soins, à des traitements et à du soutien. De plus, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont augmenté leur contribution en matière de VIH/sida en appuyant 101 projets de recherche et en versant 61 appuis salariaux en recherche, et ce, grâce à une combinaison de fonds de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) et de fonds des IRSC. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/strat_admin/stratcan.html.
Terminer un examen quinquennal de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.	***Terminé*** • En juillet 2003, Santé Canada a terminé son examen des cinq années de participation fédérale à la SCVS, et présenté des recommandations concernant les orientations futures, dans un rapport intitulée *Devancer l'épidémie sur le VIH/sida : Le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida 1998-2008.* http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/publications/ahead_intro.html
Continuer à assumer la moitié des coûts des provinces et des territoires afin d'aider à cerner les personnes qui ont été infectées à l'hépatite C par le système d'approvisionnement en sang ou qui ont donné du sang infecté.	***Continu*** • Santé Canada a assumé la moitié des coûts (50 millions de dollars) associés aux initiatives provinciales et territoriales ayant pour but de repérer, dans le système d'approvisionnement en sang, les donneurs et les receveurs infectés à l'hépatite C et de leur donner les soins nécessaires.
Améliorer l'accès aux soins de santé et aux traitements pour les personnes atteintes de l'hépatite C en transférant plus de 43 millions de dollars aux provinces et aux territoires.	***Continu*** • Santé Canada a transféré 43 950 000 $ aux provinces et aux territoires, à partir d'un engagement de 300 millions de dollars, visant à accroître les services de santé associés à l'hépatite C dans les secteurs des soins infirmiers, de l'immunisation et de la fourniture de médicaments.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
Réduire l'incidence d'hépatite C : • en finançant des organismes communautaires offrant des programmes d'éducation, de communication et de réduction des méfaits aux utilisateurs de drogues injectables; • en poursuivant la recherche sur le virus de l'hépatite C et les comportements associés à la transmission du virus.	***Continu*** • Santé Canada, par l'entremise du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, a financé des études de cas et des initiatives de prévention et de soutien communautaire, à l'échelle régionale et nationale, en versant des fonds à des organismes non gouvernementaux et professionnels. Le programme et les principaux organismes partenaires ont tenu une conférence consensuelle nationale sur la gestion de l'hépatite virale au Canada, à la suite de laquelle des lignes directrices pratiques cliniques ont été mises à jour. Le Programme a également financé la 2e Conférence canadienne sur l'hépatite C, où des cliniciens, des chercheurs, des gouvernements, des groupes communautaires et autres ont échangé de nouvelles connaissances et approches sur l'hépatite C. http://www.cvhn.ca/hepc2004/
Aider à promouvoir la santé, et à prévenir et contenir la maladie en renforçant la surveillance et la recherche	
Concevoir des outils Web sécuritaires destinés aux agents de santé publique.	***Continu*** • Le Ministère a élaboré le Système d'information sur la santé public (SISP-i), un système Internet informatisé et intégré de dossiers et de rapports sur la santé des clients. Ce système a permis d'intervenir, de surveiller et de faire des suivis. Les travailleurs de la santé publique de première ligne de la Colombie-Britannique et de la région sanitaire David Thompson en Alberta peuvent désormais prendre des mesures de santé publique en échangeant de l'information sur la surveillance des maladies transmissibles et l'immunisation.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
	• Le Ministère a élaboré, grâce à un partenariat avec des universités et le secteur privé, trois modules de perfectionnement des compétences Web destinés aux professionnels de la santé public – Concepts épidémiologiques de base, Mesure de l'état de santé et Méthodes épidémiologiques descriptives – qui offrent une éducation continue de haute qualité en vue de renforcer l'effectif en santé publique pour qu'il puisse intervenir en cas de problème actuel ou nouveau en matière de santé publique. • Le Ministère a élaboré le Générateur de cartes en santé publique sécuritaire sur le Web, qui fournit aux professionnels de la santé de première ligne, à l'échelle locale, régionale, provinciale et fédérale, des cartes de données sur les cas relatifs à la santé publique, de façon très économique, afin d'appuyer l'exécution des programmes, l'élaboration des politiques et les interventions en cas d'éclosion de maladie.
Déployer le Système de surveillance des incidents transfusionnels (SSIT), en place actuellement dans six provinces et territoires, dans tout le Canada.	***Continu*** • Huit provinces et deux territoires participent au SSIT; les autres provinces devraient s'y joindre d'ici à mars 2005.
Mettre au point des accords avec les provinces et les territoires pour uniformiser la présentation des données sur le VIH/sida et les autres maladies transmises sexuellement, créer d'autres sources de données et d'autres méthodes pour permettre un meilleur suivi des indicateurs clés de l'infection au VIH au Canada, et assurer une meilleure surveillance nationale des comportements à risque liés au VIH.	***Continu*** • Santé Canada, de concert avec les représentants provinciaux et territoriaux dans le domaine de la surveillance du VIH/sida, a établi un groupe de travail qui se penchera sur les présentations de données normalisées. Les rapports finaux devraient être présentés en 2004-2005. • En 2003-2004, Santé Canada a terminé une étude pilote sur la surveillance nationale des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables. Des plans pour une autre étude pilote, portant sur les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ont été élaborés.

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
	• En août 2003, le groupe de travail sur les éléments de données minimum concernant les infections transmises sexuellement a proposé une série de données minimales pour la surveillance nationale des infections transmises sexuellement. La proposition sera transmise aux administrations provinciales et territoriales ainsi qu'à d'autres professionnels de la santé publique afin qu'ils puissent l'examiner.
Protéger la santé des Canadiens en renforçant les mesures d'urgence et la capacité d'intervention	
Élaborer des lignes directrices pour les hôpitaux sur les mesures à prendre en cas d'attentat bioterroriste.	***Continu*** • Santé Canada, de concert avec des experts, a établi un groupe de travail afin d'élaborer des lignes directrices sur la lutte contre les infections. Des lignes directrices provisoires intitulées *Health Care Facility Preparedness for, and Decontamination following a Bioterrorist Event*, ont été ébauchées et seront mises au point à l'automne 2004. • La 3e édition des Lignes directrices en matière de biosécurité en laboratoire, destinées aux laboratoires dans les hôpitaux, a été terminée et est en cours de publication.
Se préparer à l'éventualité d'une flambée de variole.	***Continu*** • Santé Canada continue d'entreprendre des démarches pour se procurer des vaccins antivarioliques et faire valider son installation d'entreposage conformément au permis d'installation du fabricant. Le Plan d'urgence canadien contre la variole a été établi à la suite d'une consultation de l'ensemble des administrations. Santé Canada travaille avec toutes les provinces et tous les territoires afin que ceux-ci puissent dresser leur propre plan.
Organiser une conférence nationale sur la santé publique afin d'explorer la meilleure façon d'intervenir en cas d'attaque chimique, biologique, radiologique ou nucléaire.	***Terminé*** • En octobre 2003, Santé Canada a parrainé la Conférence canadienne sur la santé publique et la lutte contre le terrorisme (http://www.cpha.ca/splct/).

Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004 (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagement du RPP	Situation
Maintenir les liens avec les partenaires internationaux particulièrement le Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale, et travailler avec les partenaires fédéraux dans le cadre de la collaboration amorcée en matière de sécurité, notamment de l'initiative conjointe du Canada et des États-Unis pour la biosécurité.	***Continu*** • Santé Canada a continué de travailler avec ses homologues américains afin d'accroître la sécurité en matière de santé aux frontières canado-américaines. Les principales initiatives comprenaient la poursuite de la collaboration visant à favoriser l'interopérabilité des services de quarantaine (formation commune, avis d'alerte médicale, etc.), des réserves d'urgence et des mesures d'intervention en cas de variole, dans les deux pays, et la planification d'un échange de personnel entre les centres d'opérations d'urgence. • Un responsable du Laboratoire national de microbiologie de Santé Canada préside le groupe de travail du Réseau mondial de laboratoires de protection de la santé; les représentants du Laboratoire ont travaillé à la mise en oeuvre d'une série d'activités approuvées par le Ministère, comme le partage des pratiques exemplaires, la normalisation et l'évaluation des tests de laboratoire et des protocoles de communication.

Résultat stratégique :

Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens

Rendement du Canada -
Thème et secteur horizontal :
Santé - Population en santé

Objectif :

Santé Canada contribue à maintenir et à améliorer la santé des Canadiens en évaluant et en surveillant l'innocuité, la qualité et l'efficacité des médicaments, des vaccins, des matériels médicaux, des produits de santé naturels et des autres produits thérapeutiques ainsi que la salubrité et la qualité des aliments à la disposition des Canadiens. Notre mandat législatif englobe aussi l'évaluation et la surveillance de l'innocuité, de la qualité et de l'efficacité des médicaments vétérinaires vendus au Canada ainsi que de l'innocuité des aliments provenant d'animaux traités avec ces médicaments. Santé Canada fournit aussi des renseignements et des travaux faisant autorité en matière de santé afin de promouvoir des conditions qui permettent aux Canadiens de faire des choix sains et de prendre des décisions éclairées relativement aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2003-2004	Total des crédits autorisés en 2003-2004	Dépenses réelles en 2003-2004
Dépenses brutes	189,9	215,6	188,6
Recettes prévues	(40,7)	(40,7)	(34,2)
Dépenses nettes	149,2	174,9	154,4*

* Cette somme représente 13,2 % des dépenses réelles du secteur d'activités Promotion et protection de la santé.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est attribuable surtout aux éléments suivants :

- financement nécessaire à la mise en oeuvre de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT);
- financement lié au Cadre stratégique pour l'agriculture (CSA);
- transferts à d'autres ministères fédéraux pour l'application de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie.

Les dépenses réelles sont inférieures de 20,5 millions de dollars aux crédits autorisés, principalement pour les raisons suivantes :

- retards dans la mise en oeuvre de la SAPT et CSA en raison de la réception tardive du financement pendant l'exercise;
- retards dans la mise en oeuvre du Cadre stratégique pour l'agriculture en raison de la réception tardive du financement pendant l'exercice;
- rajustements de fin d'exercice des dépenses du ministère de la Justice.

Les recettes réelles perçues sont inférieures de 6,5 millions de dollars aux recettes autorisées, en raison d'une surestimation des recettes à attendre des activités liées aux médicaments pour usage humain ou pour usage vétérinaire ou aux matériels médicaux.

Résultats intermédiaires

- Résultats positifs en matière de santé grâce à des produits de santé sûrs et efficaces ainsi qu'à des aliments salubres et nutritifs.
- Contribution des scientifiques, des professionnels de la santé et de l'industrie du Canada à l'innovation en matière de santé et de santé publique.
- Confiance du public à l'égard de l'innocuité des produits de santé, de la salubrité des aliments et du système de réglementation.

Résultats immédiats

- Accroissement de la rapidité, de la transparence et de la prévisibilité du processus de réglementation.
- Collaboration internationale et coopération nationale accrues.
- Meilleur partage de l'information avec les principaux partenaires ou intervenants en sciences humaines et en innovation.
- Sensibilisation accrue des Canadiens aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition et prise de décisions plus éclairées par les Canadiens.
- Participation accrue du public à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques et des programmes relatifs aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition.
- Conformité de l'industrie aux règlements et aux normes de sécurité.

Priorités

- Améliorer l'efficacité opérationnelle et renforcer les services offerts aux Canadiens
- Protéger la population canadienne des facteurs de risque liés aux produits de santé et aux aliments
- Fournir aux Canadiens de l'information et des outils afin de les aider à faire des choix judicieux pour leur santé

Liens entre les programmes et les résultats

La structure de programmes qui suit reflète les sous-activités de programme identifiées dans notre architecture d'activités de programmes, récemment établie; elle est présentée pour la première fois dans le présent rapport, à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport détaillé en 2005-2006.

Programme	Résultats
Évaluation réglementaire avant la mise en marché et amélioration du processus	Effectuer un examen réglementaire avant la mise en marché des médicaments pour usage humain ou vétérinaire, des produits biologiques, des thérapies génétiques, des matériels médicaux, des produits de santé naturels et des aliments; continuer à améliorer la rapidité, la transparence et la prévisibilité des examens avant la mise en marché des produits de santé, en les comparant à des pratiques internationales de premier plan, tout en maintenant des normes élevées d'innocuité et de salubrité de Santé Canada.
Information, éducation et sensibilisation concernant les produits de santé, les aliments et la nutrition	Favoriser les décisions éclairées et les choix judicieux des consommateurs, des patients et des professionnels de la santé grâce à une vaste gamme d'activités liées aux produits de santé et aux aliments, y compris par des politiques et des normes de nutrition, comme le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.
Surveillance de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique et gestion des risques	Améliorer la surveillance après la mise en marché de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique des produits de santé utilisés au Canada en recueillant de l'information sur les réactions indésirables à ces produits; cerner et évaluer les risques pour la santé et la sécurité, et signaler tout problème au public; réaliser des activités de vérification de la conformité pour s'assurer que les produits de santé disponibles au Canada satisfont aux normes canadiennes et aux normes internationales d'innocuité, de qualité et d'efficacité.
Transparence, reddition de comptes au public et relations avec les intervenants	Continuer à renforcer la transparence, l'ouverture et la reddition de comptes au moyen d'initiatives visant à accroître la participation du public et à améliorer la planification et la déclaration.

Sommaire

Les Canadiens continuent à manifester beaucoup de satisfaction à l'égard de l'innocuité des produits de santé et de la salubrité des aliments qu'ils consomment. Comme organisme fédéral responsable de la réglementation des produits de santé et des aliments, Santé Canada joue un rôle fondamental dans le renforcement de la confiance du public en évaluant et en surveillant l'innocuité, la qualité et l'efficacité de milliers de médicaments,

Liens entre les programmes et les résultats

La structure de programmes qui suit reflète les sous-activités de programme identifiées dans notre architecture d'activités de programmes, récemment établie; elle est présentée pour la première fois dans le présent rapport, à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport détaillé en 2005-2006.

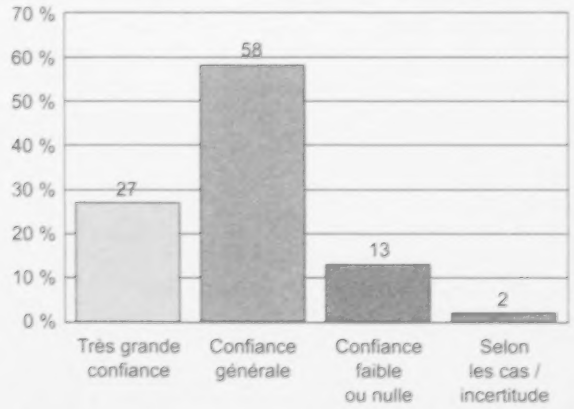
Programme	Résultats
Évaluation réglementaire avant la mise en marché et amélioration du processus	Effectuer un examen réglementaire avant la mise en marché des médicaments pour usage humain ou vétérinaire, des produits biologiques, des thérapies génétiques, des matériels médicaux, des produits de santé naturels et des aliments; continuer à améliorer la rapidité, la transparence et la prévisibilité des examens avant la mise en marché des produits de santé, en les comparant à des pratiques internationales de premier plan, tout en maintenant des normes élevées d'innocuité et de salubrité de Santé Canada
Information, éducation et sensibilisation concernant les produits de santé, les aliments et la nutrition	Favoriser les décisions éclairées et les choix judicieux des consommateurs, des patients et des professionnels de la santé grâce à une vaste gamme d'activités liées aux produits de santé et aux aliments, y compris par des politiques et des normes de nutrition, comme le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*
Surveillance de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique et gestion des risques	Améliorer la surveillance après la mise en marché de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique des produits de santé utilisés au Canada en recueillant de l'information sur les réactions indésirables à ces produits; cerner et évaluer les risques pour la santé et la sécurité, et signaler tout problème au public; réaliser des activités de vérification de la conformité pour s'assurer que les produits de santé disponibles au Canada satisfont aux normes canadiennes et aux normes internationales d'innocuité, de qualité et d'efficacité
Transparence, reddition de comptes au public et relations avec les intervenants	Continuer à renforcer la transparence, l'ouverture et la reddition de comptes au moyen d'initiatives visant à accroître la participation du public et à améliorer la planification et la déclaration

Sommaire

Les Canadiens continuent à manifester beaucoup de satisfaction à l'égard de l'innocuité des produits de santé et de la salubrité des aliments qu'ils consomment. Comme organisme fédéral responsable de la réglementation des produits de santé et des aliments, Santé Canada joue un rôle fondamental dans le renforcement de la confiance du public en évaluant et en surveillant l'innocuité, la qualité et l'efficacité de milliers de médicaments

de vaccins, de matériels médicaux, de produits de santé naturels et d'autres produits thérapeutiques accessibles aux Canadiens ainsi que la salubrité et la qualité des aliments qu'ils mangent. Notre mandat législatif consiste, entre autres choses, à nous assurer que les produits vétérinaires vendus au Canada sont inoffensifs et efficaces pour les animaux et que les aliments provenant d'animaux traités avec ces médicaments sont salubres. Santé Canada travaille aussi à promouvoir la santé et le bien-être des Canadiens au moyen d'une vaste gamme d'activités liées aux produits de santé et aux aliments, notamment par des politiques et des normes telles que le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Dans tous ces domaines, nous travaillons en étroite collaboration avec d'autres partenaires tels que les provinces et les territoires, les fournisseurs de soins de santé, l'industrie et la population canadienne.

Confiance dans l'innocuité des médicaments d'ordonnance
Systèmes et mesures de protection



Source : Decima, décembre 2003

Cette année, Santé Canada s'est engagé dans un processus rigoureux pour élaborer son plan stratégique triennal à l'égard des produits de santé, des aliments et de la nutrition – programme ambitieux qui s'appuie sur les réalisations actuelles dans cinq grands secteurs : 1) transformer notre efficience, notre efficacité et notre capacité d'intervention, à titre d'organe de réglementation, 2) fournir de l'information faisant autorité pour aider les Canadiens à faire des choix judicieux et à prendre des décisions éclairées, 3) accroître notre sensibilité aux questions de santé publique et notre vigilance en matière de sécurité et d'efficacité thérapeutique, 4 améliorer notre transparence, notre ouverture et notre reddition de comptes afin de renforcer nos relations avec le public et avec les intervenants, et 5) bâtir une organisation souple, capable de respecter son mandat et ses priorités dans un contexte changeant.

Les objectifs du plan stratégique à l'égard des produits de santé et des aliments sont pleinement intégrés aux éléments clés de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques. Pendant la première année de cette stratégie, Santé Canada a entrepris une série d'initiatives intégrées axées sur l'amélioration du rendement en matière de réglementation, portant notamment sur la rapidité et la transparence du processus d'examen avant la mise en marché, sur l'amélioration des activités de surveillance après la mise en marché et sur l'établissement de liens entre les activités de réglementation et les répercussions sur l'ensemble du système de santé, au moyen de pharmacothérapies optimales.

Les réalisations comprennent une réduction de 62 % de l'arriéré des présentations de produits pharmaceutiques pour usage humain, résultat d'investissements stratégiques dans tous les aspects de la gestion du processus de réglementation. D'importantes mesures ont aussi été prises pour mettre au point des façons modernes et novatrices de réglementer les produits de santé et les aliments, y compris des politiques, des règlements et des normes de sécurité souples et axés sur les risques dans des domaines

comme les cellules humaines, les tissus et les organes destinés à des transplantations, les matériels médicaux, l'ajout de vitamines et de minéraux aux aliments, les produits de santé naturels et la résistance aux antimicrobiens.

Le caractère de plus en plus mondial de la réglementation exige des liens plus forts et une collaboration plus étroite avec nos partenaires internationaux. C'est pourquoi Santé Canada a signé un protocole d'entente avec la Food and Drug Administration des États-Unis et a mis en oeuvre un accord trilatéral avec les États-Unis et le Mexique. Une démarche scientifique rigoureuse reste au coeur de notre mandat. Grâce à notre recherche réglementaire sur les vaccins contre le SRAS, y compris la tenue d'un atelier international sur les vaccins contre de SRAS et les produits immunothérapeutiques en août 2003, le Canada est maintenant reconnu comme l'un des meneurs dans ce domaine.

Santé Canada fournit de l'information faisant autorité sur les risques et les avantages des produits qu'il réglemente et reconnaît le rôle important que les Canadiens jouent dans la gestion de leur propre santé. Cette année, nous avons concentré nos efforts sur l'amélioration et l'expansion de notre collecte et de notre diffusion d'information sur les aliments et la nutrition ainsi que sur l'innocuité et les risques des produits thérapeutiques. De nouvelles lignes directrices à l'industrie à propos de l'élaboration d'information pharmaceutique à l'intention du public, une campagne d'éducation en matière de nutrition, de nouvelles lignes directrices sur la classification de la masse corporelle et une évaluation, au moyen d'une recherche nationale sur l'opinion publique, de nos instruments de communication au sujet des risques figurent parmi les diverses mesures que nous avons prises cette année pour favoriser des choix judicieux et des décisions éclairées par les professionnels de la santé et les consommateurs.

Pour de plus amples renseignements sur les activités et les résultats, voir le rapport annuel sur le rendement de la Direction générale des produits de santé et des aliments à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html.

Priorité 1 : Améliorer l'efficacité opérationnelle et renforcer les services offerts aux Canadiens

Le premier objectif de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques consiste à améliorer le rendement en matière de réglementation, notamment la rapidité et la transparence, par rapport aux principales pratiques internationales, et à maintenir les normes élevées d'innocuité de Santé Canada. Des progrès ont été réalisés dans l'amélioration de la qualité du processus d'examen avant la mise en marché, au moyen des mécanismes interreliés suivants : gestion des projets, bonnes pratiques d'orientation et bonnes pratiques d'examen. Ces initiatives apportent plus d'uniformité, de prévisibilité et d'efficience au processus d'examen et à la gestion générale de la charge de travail. Au 31 mars 2004, l'arriéré des présentations de produits pharmaceutiques pour usage humain avait été réduit de 62 % par rapport à 2003.

Afin d'appuyer la réalisation de l'engagement permanent du gouvernement fédéral à l'égard de la réglementation intelligente et de la Stratégie de développement durable de Santé Canada, nous avons continué à concevoir et à appliquer des approches novatrices de la réglementation des produits de santé et des aliments, y compris des politiques, des règlements et des normes d'innocuité souples et axés sur les risques, dans des domaines comme les cellules, les tissus et les organes humains destinés à la transplantation, les matériels médicaux, l'ajout de vitamines et de minéraux aux aliments et la résistance antimicrobienne. De plus, Santé Canada a proposé le *Règlement sur les produits de santé naturels* afin de réglementer les entités qui fabriquent, emballent, étiquettent, importent ou

distribuent des produits de santé naturels. Le 1er janvier 2004, Santé Canada a commencé à recevoir et à examiner des demandes relatives à quelque 50 000 produits de santé naturels qu'on trouve actuellement sur le marché canadien.

Les sciences et la technologie sont essentielles à l'exécution des mandats en matière de réglementation et de santé publique, depuis l'élaboration de politiques, l'évaluation scientifique des produits de santé et des aliments, l'évaluation des risques, les essais de conformité et la surveillance nutritionnelle jusqu'à la recherche sur les pathogènes alimentaires et à la pharmacogénomique. Au moyen d'activités internes et de partenariats avec des organismes de recherche et des universités, nous avons continué d'effectuer des évaluations des risques et des avantages des produits de santé, des aliments et de la nutrition, généré des données scientifiques pour guider l'élaboration de politiques et de règlements et appuyé la prise de mesures en matière de conformité et d'exécution.

Grâce à une collaboration plus large avec des partenaires internationaux, nous sommes allés chercher de l'expertise et des connaissances et nous avons assuré l'application de pratiques et de normes saines de réglementation qui sont conformes aux principales normes et pratiques internationales. Nous avons signé deux importants accords de coopération internationale, à savoir un protocole d'entente avec la Food and Drug Administration des États-Unis, le 18 novembre 2003, et un accord de coopération trilatéral avec les États-Unis et le Mexique, en février 2004. L'application de ces ententes, jointe à d'autres activités de coopération internationale, permettra un meilleur partage de l'information sur les médicaments, les produits biologiques, les matériels médicaux, la sécurité alimentaire et la nutrition et elle favorisera une collaboration plus étroite afin de promouvoir et d'améliorer la santé humaine. Pour de plus amples renseignements, voir les adresses suivantes : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2003/allocution.html et http://www.fda.gov/oia/charter.html.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) - 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Santé Canada accélérera le processus réglementaire d'approbation des médicaments afin que les Canadiens puissent accéder plus rapidement aux médicaments sûrs dont ils ont besoin, en faisant ce qui suit :	
• allouer davantage de ressources afin d'améliorer les échéanciers, l'efficience et l'efficacité du processus de réglementation de Santé Canada en ce qui concerne les médicaments pour les humains et mettre en place de nouveaux mécanismes pour améliorer le délai d'examen de l'ensemble des produits thérapeutiques; • améliorer la gestion pharmaceutique dans le système de santé; • allouer davantage de ressources à la surveillance, à la communication et à la gestion du risque;	Par le truchement de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT), Santé Canada a pris des mesures pour améliorer le système de réglementation des produits thérapeutiques et les facteurs correspondants après la mise en marché qui influent sur l'accès du public à des médicaments sûrs et rentables. Ces mesures font suite à d'importantes décisions soulignées par le gouvernement du Canada dans le discours du Trône de 2002 et le budget de 2003. Des progrès ont été réalisés dans l'amélioration de la qualité du processus d'examen avant la mise en marché au moyen de la gestion des projets, de bonnes pratiques d'orientation et de bonnes pratiques d'examen. Santé Canada a éliminé 62 % de l'arriéré des présentations de produits pharmaceutiques pour usage humain. Cela permettra d'accroître la proportion d'examens qui seront effectués en 2004-2005 conformément aux objectifs de rendement fixés. Nous avons élaboré des documents de communication pour le Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments et nous avons terminé l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée pour le Système de déclaration des événements indésirables. Pour de plus amples renseignements, vous trouverez le rapport d'étape de 2003-2004 sur la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html

Rapport sur les plans et priorités (RPP) - 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
• élaborer une réglementation intelligente reliée à la *Loi sur les aliments et drogues* et à la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*;	En réponse aux engagements du discours du Trône de 2002 sur la réglementation intelligente, et pour appuyer la Stratégie de développement durable de Santé Canada, le Ministère a apporté des modifications à ses règlements afin de moderniser son approche et il a accru sa capacité de réagir aux questions de santé et de sécurité touchant, par exemple, les matériels médicaux, les additifs alimentaires, les agréments des établissements et les bonnes pratiques de fabrication. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_drugs_regulations_f.html.
• investir plus de 100 millions de dollars au cours de la prochaine année dans la recherche scientifique et certaines activités scientifiques connexes sur les aliments, les médicaments, les médicaments vétérinaires, les produits de santé naturels et d'autres produits thérapeutiques.	Grâce à des activités internes et à la collaboration avec des universités et des partenaires, le Ministère a effectué une vaste gamme de recherches scientifiques, y compris sur l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), le virus du Nil occidental, les vaccins contre le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), les aliments nouveaux, les produits alimentaires issus de la biotechnologie, les allergènes alimentaires, la résistance antimicrobienne chez les animaux destinés à l'alimentation, les produits de santé naturels, la sûreté du sang et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains. Nous avons aussi entrepris des activités scientifiques connexes, définies par le gouvernement du Canada, y compris les suivantes : études sur la réglementation, évaluation des risques et établissement de normes, études sur les politiques, évaluation de produits ou examen de produits avant leur mise en marché, collecte de données, services de surveillance, d'inspection, d'enquête, de conformité et d'information, sensibilisation, formation et perfectionnement. Pour de plus amples renseignements, voir *Notre science, notre santé – Un rapport de la Direction générale des produits de santé et des aliments* - 2003 à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/hpfb_report_f.html.

Priorité 2 : Protéger la population canadienne des facteurs de risque liés aux produits de santé et aux aliments

La collecte d'information sur les réactions indésirables aux produits de santé permet aux responsables de la réglementation de s'attaquer aux risques imprévus liés à ces produits après leur arrivée sur le marché. Dans ce but, Santé Canada a renforcé sa surveillance de l'innocuité des produits de santé et a établi un plan pour la réalisation d'un travail préparatoire et de consultations des intervenants en vue d'établir deux nouveaux centres de déclaration des effets indésirables, l'un au Manitoba et l'autre en Alberta. De plus, nous avons établi une unité de pharmacovigilance et une base de données pour surveiller les incidents indésirables liés aux médicaments vétérinaires. Nous avons aussi intensifié les activités en matière de conformité liées aux effets indésirables ainsi qu'à la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains. Afin d'assurer le maintien des activités et des services essentiels pendant les situations d'urgence, nous avons amélioré notre préparation aux situations d'urgence et renforcé notre capacité en matière de continuité des opérations.

À la suite de la confirmation de la présence de l'encéphalopathie bovine spongiforme (EBS) au Canada en mai 2003, nous avons participé, au pays et à l'étranger, à l'élaboration de stratégies de gestion des risques afin de répondre aux inquiétudes concernant la santé des humains et des animaux, y compris par la promulgation d'un règlement sur les aliments et drogues interdisant l'utilisation de matériels à risques spécifiés dans les aliments. Nous avons fourni la tribune centrale pour le soutien technique concernant les questions de santé humaine à l'équipe d'intervention du gouvernement du Canada. Nous avons aussi fourni des évaluations scientifiques et des évaluations des risques ainsi que des conseils stratégiques sur une vaste gamme de mesures potentielles de gestion des risques concernant l'encéphalopathie bovine spongiforme (EBS) et les encéphalopathies spongiformes transmissibles.

En étroite collaboration avec différentes administrations, Santé Canada a publié des normes de sécurité nationale relatives à la collecte, à la fabrication et à la distribution de cellules, de tissus et d'organes, réalisé un examen national des établissements qui s'adonnent à ces activités et contribué à faire connaître les derniers développements de la réglementation en collaboration avec les principaux intervenants.

Santé Canada a aussi sollicité des réactions à la version révisée des *Lignes directrices sur l'évaluation de l'innocuité des aliments nouveaux dérivés des végétaux et des microorganismes* ainsi qu'à plusieurs autres questions liées à la réglementation des nouveaux aliments.

En mai 2003, nous avons réuni des intervenants pour mettre de l'information en commun et discuter des conséquences de la résistance aux antimicrobiens pour la santé humaine et des modes de gestion des risques applicables à l'utilisation d'agents antimicrobiens en médecine vétérinaire ou dans la production de bétail.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) - 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Réduire les risques que peuvent présenter les produits de santé et les aliments, en faisant ce qui suit :	
• intensifier ses activités de surveillance, d'inspection et d'enquête, proposer de nouveaux règlements et continuer à renforcer sa capacité d'intervention en cas d'urgence	Le Ministère a renforcé sa surveillance de l'innocuité des produits de santé, a intensifié ses activités en matière de conformité liées aux effets indésirables ainsi qu'à la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains. Le Ministère a aussi renforcé sa capacité en matière de protection civile et de continuité des opérations. Pour de plus amples renseignements, voir le rapport annuel sur le rendement - Direction générale des produits de santé et des aliments, à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/index_f.html.
• proposer des normes minimales plus élevées pour la fabrication des ingrédients pharmaceutiques actifs utilisés au Canada et entrant dans la composition des produits pharmaceutiques finis	Le Ministère a cerné et analysé diverses options pour donner suite aux principaux éléments du nouveau cadre de réglementation des ingrédients pharmaceutiques actifs utilisés au Canada. Nous prévoyons que le règlement proposé sera publié dans la partie I de la *Gazette du Canada* en 2004-2005. L'extension de l'application des *Bonnes pratiques de fabrication* aux ingrédients actifs assure la qualité et l'uniformité globales des médicaments commercialisés. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/inspectorate/acti_pharm_ingre_f.html.
• élaborer des normes nationales de sécurité et des cadres de réglementation sur le prélèvement, la fabrication et la distribution du sang, des cellules, des tissus et des organes, et sur les produits dérivés	En collaboration avec l'Association canadienne des normes, les autres administrations et les partenaires, le Ministère a instauré des normes de sécurité nationales relatives à la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains. Un examen national a aussi été entrepris pour assurer le respect de ces normes. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/bgtd-dpbtg/index_regulatory_f.html#CTO.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) - 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
• élaborer et mettre en place de nouvelles politiques et procédures sur la manière d'effectuer l'évaluation de la sécurité des aliments issus de la biotechnologie	Santé Canada a joué un rôle clé, par le truchement de la Commission du Codex Alimentarius, dans l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de procédures internationales pour l'évaluation de l'innocuité des aliments génétiquement modifiés. Nous avons aussi travaillé avec l'Office des normes générales du Canada afin de consolider les normes sur l'étiquetage volontaire, y compris les critères d'étiquetage, des messages clairs à l'intention des consommateurs et une politique cohérente relative à la vérification de l'exactitude des étiquettes. En outre, nous avons révisé les *Lignes directrices relatives à l'évaluation de l'innocuité des aliments nouveaux* et consulté les intervenants clés sur des questions liées à la réglementation de ces aliments. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/mh-dm/ofb-bba/nfi-ani/f_consultation_guidelines01.html.
• entreprendre des consultations auprès des groupes intéressés, investir environ 1 million de dollars dans des activités de recherche et de surveillance liées à la politique sur la résistance aux antimicrobiens	En mai 2003, le Ministère a consulté les intervenants au sujet de la résistance antimicrobienne et des façons de gérer les risques relativement à l'utilisation d'agents antimicrobiens en médecine vétérinaire et dans la production de bétail. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/vetdrugs-medsvet/vdd_antimicrobial_report_f.html. Le Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens sert à surveiller les tendances relatives au développement d'une résistance aux antimicrobiens dans certains organismes bactériens provenant de sources humaines, animales ou alimentaires. Le premier rapport annuel offre les données valides les plus récentes sur la résistance aux antimicrobiens dans les sources humaines, animales ou alimentaires au Canada. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/cipars-picra/exec_f.html.

Priorité 3 : Fournir aux Canadiens de l'information et des outils afin de les aider à faire des choix judicieux pour leur santé

L'une des manières importantes dont le gouvernement dispose pour améliorer la santé et le bien-être globaux des gens est d'appuyer les efforts que ceux-ci déploient pour gérer leur propre santé grâce à des choix éclairés et judicieux. Dans le cadre de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, Santé Canada a divulgué, le 1er octobre 2003, une version révisée de *Ligne directrice à l'intention de l'industrie : Monographies de produits*. Les monographies de produits rédigées conformément à la ligne directrice révisée fourniront aux professionnels de la santé les renseignements qui leur sont nécessaires pour prendre des décisions éclairées. De plus, on s'attend à ce que la nouvelle version, en langage ordinaire, aide les consommateurs à comprendre la nature d'un médicament, la façon de l'utiliser et les effets secondaires possibles.

Du point de vue de la santé publique, il est essentiel de fournir des renseignements utiles et faisant autorité à propos des produits de santé, des aliments et de la nutrition. Par exemple, Santé Canada a sensibilisé davantage les gens à la nouvelle information nutritionnelle qui figure sur les étiquettes des aliments, mis à jour les *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes* et fait un examen du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Santé Canada a aussi communiqué ses principales constatations aux intervenants.

Une participation réelle et valable du public est essentielle pour que Santé Canada puisse remplir son mandat législatif, exécuter ses programmes, lancer des initiatives et renforcer la confiance du public. Nous avons eu des échanges interactifs avec une centaine de groupe de défense des droits des consommateurs ou du public au sujet de diverses questions de santé et de sécurité, notamment avec les secteurs des produits de santé et des aliments, les groupes représentant des maladies ou des patients, les groupes de consommateurs, les aînés, les femmes et les organismes ayant d'autres intérêts en santé publique. Nous avons recueilli des opinions et des avis sur une vaste gamme de question de santé et de sécurité, telles que le renouveau législatif, la communication de renseignements sur l'innocuité des médicaments, le processus d'approbation des médicaments, l'étiquetage nutritionnel, l'irradiation des aliments, l'examen du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, la biotechnologie et le signalement des risques.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) - 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Le Ministère fournira plus d'information sur les produits de santé et les aliments que les Canadiens consomment, en faisant ce qui suit :	
• exiger des fabricants de médicaments qu'ils fournissent des renseignements faciles à comprendre au sujet de leurs produits pharmaceutiques	Par la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, le Ministère a adopté, à l'intention de l'industrie, une manière progressive de mettre en oeuvre les nouvelles lignes directrices. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/product_monograph_f.html.
• offrir des ressources, y compris des outils à l'intention des éducateurs qui permettront de sensibiliser davantage la population à l'étiquetage nutritionnel, aux allégations concernant la valeur nutritive et aux allégations concernant la santé	La *Trousse sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des éducateurs* a été élaborée expressément à l'intention des diététistes et des autres fournisseurs de soins de santé afin de les aider à informer les Canadiens au sujet de l'étiquetage nutritionnel. Une trousse distincte a été élaborée pour les éducateurs qui travaillent dans les communautés inuites et des Premières nations. Plus de 140 000 exemplaires de la fiche détachable sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des consommateurs et plus de 6 000 affiches ont été distribuées. En outre, plus de 1 000 trousses destinées aux membres des Premières nations et aux Inuits ont été distribuées. Grâce à cette nouvelle information, les Canadiens seront en mesure de faire des choix alimentaires plus éclairés, de comparer plus facilement les produits, d'évaluer la valeur nutritive des aliments et de mieux gérer les diètes spéciales. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/labelling-etiquetage/education_f.html.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) - 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
• mettre à jour et partager l'information sur le poids-santé et réviser les *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*	Le Ministère a distribué 3 900 exemplaires des *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes* et plus de 85 000 exemplaires du *Guide de référence rapide* aux professionnels de la santé et aux éducateurs pour les aider à sensibiliser davantage le public. Pour de plus amples renseignements, voir le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/cg_bwc_introduction_f.html. Le Ministère a aussi joué un rôle de leader et fourni de l'information pour l'élaboration de la *Stratégie mondiale de l'OMS sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé*, qui a été adoptée lors de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2004.
• examiner et mettre à jour le *Guide alimentaire pour manger sainement* et faire la promotion de ce guide	Un examen du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* a été effectué afin de déterminer si les indications données continuent à promouvoir une façon de manger qui satisfait aux besoins en éléments nutritifs, favorise la santé et réduit les risques de maladies chroniques liées à la nutrition. Les constatations découlant de l'examen ont été présentées le 20 janvier 2004, lors d'une réunion des intervenants nationaux. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_f.html.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) - 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
• accroître le nombre de communications aux Canadiens et au secteur de la santé, sur papier et par voie électronique, au sujet des récents développements dans le domaine des produits de santé et des aliments	Le Ministère a publié quatre numéros du *Bulletin canadien des effets indésirables*, dont 92 000 exemplaires ont été distribués aux professionnels de la santé. Le *Bulletin* constitue un important moyen d'inciter à déclarer les événements indésirables liés aux questions d'actualité. Le *Bulletin* est également affiché sur le site Web de Santé Canada et il est envoyé par courrier électronique à environ 8 000 abonnés. Au total, 75 communications aux professionnels de la santé ou avis destinés au public à propos de l'innocuité des produits de santé ont été affichés sur le site Web de Santé Canada en 2003-2004, ce qui marque une expansion continue du signalement des risques au public. Pour de plus amples renseignements, voir l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_adverse_newsletter_f.html.
• encourager les responsables de la recherche dans l'industrie, les universités et ailleurs, ainsi que le public, à partager l'information sur l'ensemble des exigences réglementaires, des politiques, des procédures et des normes du Ministère sur les aliments et les produits de santé.	Le Ministère a eu des interactions avec une centaine de groupes de défense des consommateurs ou du public, a obtenu l'avis de comités consultatifs, dont le Comité consultatif public sur les produits de santé et les aliments et le Comité consultatif sur la gestion, et il a réuni de précieux commentaires sur une vaste gamme de questions de santé ou de sécurité, du point de vue des Canadiens. Nous avons aussi mené deux consultations auprès de nombreux intervenants et réuni des groupes de consommateurs et de patients ainsi que des groupes industriels afin de discuter des perspectives du moment à propos des améliorations à apporter au système de réglementation des produits thérapeutiques, dans le but de les soumettre au ministre et au sous-ministre de la Santé. Ces consultations ont éclairé les éléments du plan d'action relatif à la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques et mené à des engagements précis en vue d'améliorer la transparence et l'ouverture des activités de réglementation ainsi que la reddition de comptes à leur sujet. Pour de plus amples renseignements, voir les adresses suivantes : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/ocapi-bpcp/index_f.html et http://www.ppforum.ca/ow/ow_fr_05_2003_fr.htm.

Résultat stratégique :

Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens

Rendement du Canada -
Thème et questions horizontales :
Santé - Population saine
Environnement - Protection et restauration de l'environnement du Canada

Objectif :

Promouvoir des milieux de vie, de travail et de loisirs sains et assurer la sécurité et l'efficacité des produits destinés aux fabricants et des produits de consommation qui sont sur le marché canadien

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2003-2004	Total des crédits autorisés en 2003-2004	Dépenses réelles en 2003-2004
Dépenses brutes	208,7	222,6	215,1
Recettes prévues	(9,8)	(9,8)	(8,6)
Dépenses nettes	198,9	212,8	206,5*

* Cette somme représente 17,6 % des dépenses réelles du secteur d'activité Promotion et protection de la santé.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés s'explique principalement par les éléments suivants :

- financement pour le renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue;
- financement pour renforcer la capacité de remplir les obligations législatives établies aux termes de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE);
- financement pour la Stratégie sur la qualité de l'air transfontalier (SQAT);
- financement pour le Plan d'action accéléré sur les sites contaminés fédéraux.

Les recettes réellement perçues sont inférieures de 6,2 millions de dollars aux recettes autorisées, ce qui est principalement attribuable aux éléments suivants :

- rajustements de fin d'année des dépenses du ministère de la Justice;
- non-utilisation de fonds dans divers programmes.

Résultats intermédiaires

- Réduction des risques pour la santé et des risques environnementaux que posent les produits et les substances; milieux de vie et de travail plus sains
- Meilleures décisions relatives à la santé prises par les Canadiens, les professionnels de la santé et l'industrie
- Confiance accrue du peuple canadien dans les programmes et stratégies relatifs à la santé

Résultats immédiats

- Meilleure observation des règlements, des normes et des lignes directrices
- Sensibilisation accrue aux questions clés relatives à la santé et aux produits réglementés en ce qui concerne les milieux de vie, de travail et de loisir sains et sécuritaires, et meilleures connaissances en la matière
- Meilleure participation des intervenants
- Connaissances et capacité scientifiques renforcées (recherche, données) en vue de soutenir la prise de décisions éclairées

Priorités

- Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les dommages associés aux dangers en milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie
- Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

La structure de programme qui suit reflète les sous-activités de programme de notre architecture d'activités de programme; elle est présentée pour la première fois dans le présent rapport, à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport complet en 2005-2006.

Programmes	Résultat
Santé et sécurité du public	Contribution à la santé et à la sécurité des employés fédéraux et des autres travailleurs canadiens, des dignitaires en visite et du public en voyage au Canada, de diverses façons : • au nom du Conseil du Trésor, administration du Programme de santé des fonctionnaires fédéraux et prestation des Services d'aide aux employés aux ministères et organismes fédéraux et aux employeurs de la fonction publique; • inspections de l'eau, des aliments et de la salubrité publique auprès des transporteurs généraux (air, rail, voie maritime) et dans leurs services connexes; • stratégie pancanadienne pour la santé en milieu de travail; • planification d'urgence en santé pour les visites officielles, les sommets, ou les événements internationaux.
Sécurité des milieux	Promotion des milieux de vie, de travail et de loisir sains par la détermination et l'évaluation des risques pour la santé des Canadiens que posent les facteurs environnementaux. Études scientifiques pour soutenir l'élaboration de stratégies nationales de gestion des risques en vue de réduire les risques pour la santé humaine liés à l'environnement, et pour obtenir : • de l'eau potable salubre, de qualité et fiable pour tous les Canadiens; • des avantages accrus pour la santé grâce à l'amélioration de la qualité de l'air; • une meilleure connaissance des conséquences des changements climatiques sur la santé; • une protection contre les rayonnements environnementaux et professionnels.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats (suite)

Programmes	Résultat
Sécurité des produits	Contribution à la protection des Canadiens par la réalisation de recherches, d'évaluations et de travaux de collaboration portant sur la gestion des dangers pour la santé et la sécurité liés : • aux produits de consommation; • aux cosmétiques; • aux produits chimiques en milieu de travail; • aux nouvelles substances chimiques; • aux produits de biotechnologie; • aux appareils émettant des rayonnements; • aux bruits environnementaux; • aux rayonnements solaires ultraviolets.
Lutte contre le tabagisme	Élaboration et mise en oeuvre d'initiatives pour réduire ou prévenir la consommation de tabac ou les méfaits liés à la consommation continue de tabac et ce, de diverses façons : • sensibilisation à la prévention et au renoncement; • réglementation et conformité; • recherche, évaluation et surveillance; • campagne de médias de masse. Direction de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, en collaboration avec les partenaires fédéraux, provinciaux et autres.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats (suite)

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

La structure de programme qui suit reflète les sous-activités de programme de notre architecture d'activités de programme; elle est présentée pour la première fois dans le présent rapport, à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport complet en 2005-2006.

Programmes	Résultat
Santé et sécurité du public	Contribution à la santé et à la sécurité des employés fédéraux et des autres travailleurs canadiens, des dignitaires en visite et du public en voyage au Canada, de diverses façons : • au nom du Conseil du Trésor, administration du Programme de santé des fonctionnaires fédéraux et prestation des Services d'aide aux employés aux ministères et organismes fédéraux et aux employeurs de la fonction publique; • inspections de l'eau, des aliments et de la salubrité publique auprès des transporteurs généraux (air, rail, voie maritime) et dans leurs services connexes; • stratégie pancanadienne pour la santé en milieu de travail; • planification d'urgence en santé pour les visites officielles, les sommets ou les événements internationaux.
Sécurité des milieux	Promotion des milieux de vie, de travail et de loisir sains par la détermination et l'évaluation des risques pour la santé des Canadiens que posent les facteurs environnementaux. Études scientifiques pour soutenir l'élaboration de stratégies nationales de gestion des risques en vue de réduire les risques pour la santé humaine liés à l'environnement, et pour obtenir : • de l'eau potable salubre, de qualité et fiable pour tous les Canadiens; • des avantages accrus pour la santé grâce à l'amélioration de la qualité de l'air; • une meilleure connaissance des conséquences des changements climatiques sur la santé; • une protection contre les rayonnements environnementaux et professionnels.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats (suite)

Programmes	Résultat
Sécurité des produits	Contribution à la protection des Canadiens par la réalisation de recherches, d'évaluations et de travaux de collaboration portant sur la gestion des dangers pour la santé et la sécurité liés : • aux produits de consommation; • aux cosmétiques; • aux produits chimiques en milieu de travail; • aux nouvelles substances chimiques; • aux produits de biotechnologie; • aux appareils émettant des rayonnements; • aux bruits environnementaux; • aux rayonnements solaires ultraviolets.
Lutte contre le tabagisme	Élaboration et mise en œuvre d'initiatives pour réduire ou prévenir la consommation de tabac ou les méfaits liés à la consommation continue de tabac et ce, de diverses façons : • sensibilisation à la prévention et au renoncement; • réglementation et conformité; • recherche, évaluation et surveillance; • campagne de médias de masse. Direction de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, en collaboration avec les partenaires fédéraux, provinciaux et autres.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats (suite)

Programmes	Résultat
Stratégie antidrogue et substances contrôlées	Gestion de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et de ses règlements, par divers moyens : • en fournissant un leadership national à la Stratégie canadienne antidrogue; • en réglementant l'accès aux substances contrôlées et en prévenant le détournement de ces substances à des fins illégales; • en faisant la promotion d'initiatives de prévention ou de réduction des méfaits liés aux substances contrôlées et à l'alcool; • en fournissant de l'information aux Canadiens pour faciliter la prise de décisions éclairées relativement à la santé et aux modes de vie; • en collaborant avec les provinces et les territoires en vue de faciliter l'accès aux services de traitement et de réadaptation; • en finançant la recherche clinique sur l'utilisation de la marijuana à des fins médicales et en surveillant les tendances et profils de l'utilisation des drogues illicites au Canada; • en offrant des services d'analyse de drogues pour soutenir le système de justice pénale.

Sommaire

Le mandat de Santé Canada aux fins de ce résultat stratégique, consiste à se pencher sur de nombreux éléments de la vie quotidienne qui ont des effets sur la santé des Canadiens. Ces éléments comprennent la qualité de l'eau potable, la qualité de l'air, l'exposition aux rayonnements, la consommation et l'abus de substances (y compris d'alcool), la sécurité des produits de consommation, le tabac et la fumée secondaire, la santé en milieu de travail et les produits chimiques présents dans l'environnement. Nous participons aussi à d'autres activités liées à la santé et à la sécurité, y compris aux initiatives de sécurité publique et d'antiterrorisme du gouvernement, à l'inspection de la nourriture et de l'eau potable offertes aux voyageurs, et à la planification d'urgence en santé pour les dignitaires étrangers en visite. Notre mandat national élargi découle de plusieurs lois, dont la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* et la *Loi sur le tabac*. Nos résultats sont obtenus au moyen de partenariats et d'une présence active dans chaque région du pays.

Notre travail est important pour les Canadiens. Chaque année, selon les estimations, environ 45 000 décès canadiens sont attribuables à la consommation de tabac, jusqu'à 4 500 décès sont causés par l'exposition aux rayonnements, 230 000 blessures évitables sont associées aux produits de consommation, des coûts sociaux, économiques et de santé de plus de 9 milliards de dollars peuvent être attribués à l'abus d'alcool et de drogue, et la consommation de tabac entraîne des dépenses alarmantes – 3,5 milliards de dollars en coûts

directs pour les soins de santé et 11,5 milliards en coûts indirects.

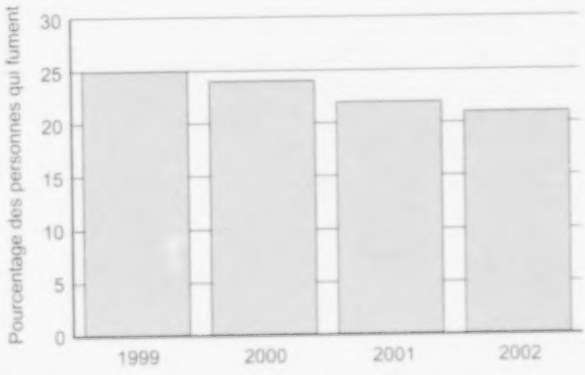
En 2003-2004, nous avons continué d'exécuter notre mandat et, de façon générale, nous avons honoré ou rempli au-delà des prévisions les engagements pris dans le Rapport sur les plans et les priorités pour l'exercice, à l'aide des ressources prévues. Nous nous acquittons de nos responsabilités conformément aux principes du développement durable, en vue de promouvoir les objectifs économiques, sociaux, culturels et environnementaux.

Beaucoup de nos accomplissements notoires s'appuient sur notre travail dans le domaine des sciences. Nous avons outrepassé notre engagement aux termes de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, qui est de classer 2 000 substances figurant sur la Liste intérieure en fonction du potentiel d'exposition des humains. Cela constitue un précédent sur le plan international et nous a encouragé à innover en déterminant et en évaluant rapidement les contaminants environnementaux existants et nouveaux qui peuvent poser un risque pour la santé des humains. Nos initiatives de gestion des risques ont aidé à soutenir les nouveaux règlements qui visent à réduire la teneur en plomb de certains produits de consommation et à aider les consommateurs à éviter les cosmétiques ayant des ingrédients auxquels ils sont sensibles.

Nous avons continué à travailler de façon stratégique avec de nombreux ministères fédéraux et d'autres partenaires du Canada et de l'étranger pour élargir notre base scientifique et stratégique et notre base de programmes. Nous avons amorcé l'élaboration de plans pour faire de la santé au travail un moyen stratégique d'améliorer la santé des Canadiens.

La recherche démontre que nos stratégies et programmes, qui sont soutenus par une étroite collaboration avec les provinces, les territoires et les collectivités, réussissent à réduire la consommation de produits du tabac chez les Canadiens. Bien qu'il y ait encore beaucoup à faire, des données probantes indiquent que nous atteignons les objectifs de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT). Aujourd'hui, seulement 21 % des Canadiens fument, et seulement quelques cigarettes par jour. Le déclin de la prévalence du tabagisme chez les jeunes (15-19 ans) est particulièrement important; il est passé de 29,15 % en 1996 à moins de 20 % en 2003. Parmi les autres réalisations, il y a la défense victorieuse de la *Loi sur le tabac* face à sa contestation par l'industrie du tabac.

Prévalence du tabagisme au Canada, 1999-2002



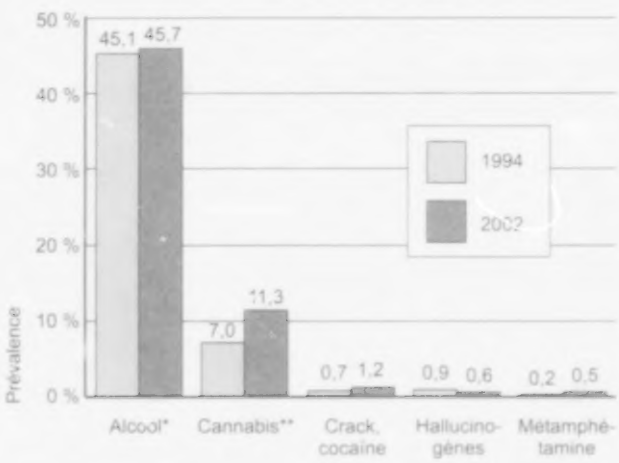
Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999-2002

Le succès des stratégies que nous avons mises en oeuvre en vertu de la *Loi sur le tabac* pour réduire la consommation des produits du tabac repose sur notre partenariat étroit avec les provinces, les territoires et les collectivités. Des recherches solides montrent une

diminution des taux de tabagisme et illustrent l'efficacité des approches ciblées.

Le renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue en mai 2003 a souligné l'importance croissante de la question et nous a permis d'adopter une nouvelle approche exhaustive. En tant que ministère fédéral responsable de la Stratégie, nous collaborons avec nos partenaires gouvernementaux et les intervenants pour remédier à l'abus de drogue, d'alcool et d'autres substances et soutenir le traitement et la réadaptation.

Indicateurs sélectionnés de la consommation d'alcool et de drogue au cours des 12 derniers mois, Canada, 1994-2002



Source : Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues, 1994; Cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002.

* Répondants qui déclarent avoir pris 5 consummations ou plus à une occasion au cours de la dernière année

** Ne comprend pas l'utilisation ponctuelle

Nous avons fait de grands pas en avant dans la réponse aux préoccupations croissantes du public en matière de santé et de sécurité. Nous avons amélioré notre capacité d'intervention d'urgence pour ce qui est de gérer l'impact des catastrophes importantes sur la santé, y compris de celles liées aux événements terroristes et nucléaires, et nous avons tiré des leçons précieuses en matière d'intervention d'urgence de notre gestion de la panne électrique de l'Ontario en août 2003. Nous avons aussi répondu à la demande croissante en programmes d'aide aux employés, entre autres en travailleurs d'urgence de première ligne, présentée par les organisations du secteur public du pays.

Nos subventions et contributions à nos partenaires ont augmenté notre rayon d'action et notre capacité d'atteindre nos buts et objectifs. Nous avons investi de façon stratégique près de 30 millions de dollars en transfert aux provinces, aux territoires et aux organisations à but non lucratif nationales et internationales pour aider à atteindre les objectifs de la Stratégie de lutte contre le tabagisme et de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée.

Enfin, nous avons répondu à la demande relative à une meilleure administration des ressources et une reddition de comptes accrue, en procédant à des améliorations internes pour moderniser les processus de gestion, conformément aux principes du Cadre de responsabilisation de gestion du Conseil du Trésor.

Sommaire du rendement par priorité

Priorité 1 : Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les dommages associés aux dangers en milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie

Le travail relatif à cette priorité visait la vaste gamme des activités de réglementation continues entreprises par Santé Canada afin de déterminer, d'évaluer et de gérer les risques pour la santé des Canadiens que posent les dangers présents dans notre milieu de vie et de travail et à notre domicile. Beaucoup de ces activités donnaient suite aux engagements que nous avons pris dans le cadre de la Stratégie de développement durable du Ministère.

La gestion des risques environnementaux pour la santé est une tâche continue. Chaque année, par exemple, nous procédons à l'analyse de plus de 460 000 dosimètres pour mesurer l'exposition de 95 000 travailleurs canadiens aux rayonnements, à l'évaluation de 1 100 nouvelles substances chimiques, et à l'examen de plus de 150 évaluations des risques pour la santé, afin de soutenir le nettoyage des sites fédéraux contaminés. En 2003-2004, nous avons aussi fait 10 évaluations de la qualité de l'air et 45 évaluations environnementales et nous avons fourni des conseils sur l'impact en matière de santé de 180 projets à grande échelle, comme la construction d'autoroutes ou l'exploitation de mines. Nous avons mené des recherches et élaboré des outils pour réduire l'impact de la pollution de l'air intérieur et extérieur sur la santé, et nous avons collaboré avec les États-Unis, dans le cadre de la Stratégie sur la qualité de l'air transfontalier, pour gérer les questions connexes. En collaboration avec les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, nous avons élaboré cinq nouvelles lignes directrices sur les contaminants présents dans l'eau, fourni des conseils spécialisés sur la qualité de l'eau potable et coordonné les efforts déployés pour gérer les questions relatives à l'eau dans les Prairies. Nous avons aussi isolé huit importantes préoccupations pour la santé humaines liées aux changements climatiques, comme les épisodes accrus de smog et les conditions météorologiques exceptionnelles. Aux fins de la *Loi canadienne sur la protection environnementale*, nous avons approfondi notre recherche afin de déterminer les risques pour la santé humaine associées aux substances existantes et nouvelles présentes dans l'environnement, et élaboré des stratégies d'évaluation et de gestion des risques pour réduire l'exposition des humains aux substances toxiques.

Nous avons continué d'améliorer la sécurité des produits pour les consommateurs canadiens. Nous avons procédé à 5 800 inspections, rappelé 120 gammes de produits uniques et effectué près de 800 saisies. Dans nos laboratoires, nous avons soumis à l'essai 380 produits de consommation et mené à terme environ 40 projets de recherche entrepris à la suite de plaintes de consommateurs ou aux fins d'élaboration de méthodes de laboratoire. Nous avons aussi émis 12 avertissements ou avis touchant des produits non sécuritaires. Dans le domaine de la protection contre les rayonnements des produits cliniques, nous avons inspecté plus de 250 appareils ou installations à rayons X utilisés à des fins médicales, dentaires, industrielles, de recherche et de sécurité.

De plus, Santé Canada a élaboré des règlements pour rendre obligatoire la divulgation des ingrédients des cosmétiques vendus au Canada conformément à la nomenclature internationale applicable (International Nomenclature for Cosmetic Ingredients [INCI]) et pour réduire la teneur en plomb de certains produits de consommation, comme les mèches de bougies à âme métallique et les bijoux pour

enfants. Nous avons aussi commencé à mettre en oeuvre le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques, adopté par les Nations unies en juillet 2003, afin d'améliorer la protection contre l'empoisonnement et d'enrayer l'exposition aux produits chimiques dangereux.

Santé Canada a offert des services de santé en milieu de travail à 69 ministères et organismes fédéraux et à 160 missions canadiennes à l'étranger. Nous avons amélioré notre Programme d'aide aux employés, qui est un service de counseling confidentiel offert à 122 organisations du secteur public du Canada. L'utilisation du programme a augmenté de 43 %, ce qui indique sa valeur à travers du secteur public. Nous avons aussi aidé à protéger la santé de millions de voyageurs arrivant au Canada, en menant quelques 610 inspections en santé environnementale (aliments, eau et hygiène générale) des moyens de transport (air, rail, voie maritime). Nos mesures ont contribué de façon décisive à prévenir des éclosions du virus de type Norwalk sur des bateaux de croisière en 2003.

Nous avons répondu à un nombre croissant de préoccupations suscitées par les maladies et les blessures en milieu de travail et par les dépenses de santé et pertes de productivité qu'elles entraînent au Canada. Nous avons collaboré à la mise en oeuvre de lignes directrices nationales visant à réduire la perte de l'ouïe liée au milieu de travail. En collaboration avec nos partenaires et nos intervenants, nous avons élaboré une stratégie de conformité nationale et un plan national de formation en matière d'inspection afin de protéger les travailleurs canadiens contre les matériaux dangereux présents dans le milieu de travail. Nous avons aussi commencé l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne sur la santé au travail pour améliorer la santé des Canadiens.

Afin de mieux intervenir en cas d'urgence nucléaire radiologique, Santé Canada a dirigé des exercices pour le personnel d'intervention de première ligne et a participé à ceux-ci, dont un exercice conjoint du Canada et des États-Unis fondé sur la possibilité de deux alertes simultanées : une « bombe sale » et une attaque biologique. Nous avons investi dans le matériel d'observation, de surveillance et de protection, et dans l'entraînement connexe, afin d'améliorer notre capacité de détection et de protection en cas d'urgence nucléaire radiologique. Nous avons amélioré notre temps de réaction général en recrutant du personnel désigné et en établissant une équipe d'intervention d'urgence psychosociale qui répond aux urgences touchant les travailleurs et les milieux de travail fédéraux. Nous avons aussi joué un rôle important dans la gestion de l'éclosion de grippe aviaire en Colombie-Britannique en menant des évaluations médicales de 148 employés, en soutenant le Centre d'opérations d'urgence et en offrant des avis de santé et de l'information opérationnelle sur la sécurité.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Programme de la sécurité des milieux (PSM) Dans le cadre du Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire, renforcer la capacité d'intervention du Canada en cas d'urgence en investissant chaque année environ 3 millions de dollars pour mener des exercices d'entraînement et de simulation avec les provinces et les territoires en vue de tester les mesures d'urgence, et pour acheter, à l'intention des employés, du matériel de détection et de protection contre la contamination radioactive.	***Terminé*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/psm/index.htm Coût : 3 millions de dollars http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-secs/dpiun/index.htm
Programme de la sécurité des produits (PSP) Chercher un moyen de mesurer plus rapidement le degré d'irradiation de grands groupes de population en cas d'événement nucléaire.	***Continu*** - première année d'une initiative de recherche de quatre ans http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/psdp/index.htm
PSM En collaboration avec les provinces et les territoires, mettre à jour et diffuser de nouvelles lignes directrices sur la qualité de l'eau potable, encourager leur utilisation, et continuer d'offrir des conseils d'expert sur l'eau potable aux partenaires et intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux, notamment l'Association canadienne des eaux potables et usées.	***Continu*** - cinq lignes directrices ont été approuvées aux fins de consultation publique. Coût : 2,7 millions de dollars http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/eau/index.htm Indicateur de rendement du Cadre de mesure du rendement de SC : augmenter la sensibilisation des intervenants et du public aux questions relatives à la qualité de l'eau potable - continu.
Engagement de la SDD 2000 : élaborer ou mettre à jour au moins six directives relatives à la qualité de l'eau potable et à l'eau utilisée à des fins récréatives, en collaboration avec les provinces et les territoires d'ici la fin de mars 2004.	***Continu***

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
PSM Améliorer la qualité de l'air en élaborant des outils qui permettent de quantifier ses effets sur la santé, en continuant le travail avec les États-Unis pour résoudre les problèmes transfontières associés à la qualité de l'air et en établissant un programme de recherche, de politiques, de programme et de mesures.	***Terminé, continu*** Coût : qualité de l'air intérieur et extérieur - 3 millions de dollars http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/qualite_air/publications/outils_ecole/tdm.htm ***Continu*** - questions transfontières associées à la qualité de l'air Stratégie sur la qualité de l'air transfrontalier - Le gouvernement du Canada a engagé 40 millions de dollars sur deux ans afin de mettre en oeuvre deux projets pilotes et d'améliorer le Programme d'assainissement de l'air du Canada.
Engagement de la SDD 2000 : mener au moins deux études concernant les effets sur la santé de la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur, d'ici mars 2004.	***Dépassé*** - cinq études ont été menées au sujet des effets sur la santé de la pollution de l'air intérieur et extérieur http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/113/6/e628 (en anglais seulement)
Engagement de la SDD 2000 : évaluer et gérer, en collaboration avec les partenaires et les intervenants clés, au moins un risque de l'environnement pour la santé des enfants, d'ici la fin de mars 2004.	***Terminé*** - étape de l'évaluation Indicateur de rendement du Cadre de mesure du rendement de SC : augmenter la sensibilisation des Canadiens et des professionnels de la santé aux risques de la pollution de l'air – ***continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/qualite_air/ressources.htm
PSM Poursuivre l'élaboration d'une stratégie d'évaluation et de gestion des risques pour la santé associés au changement climatique.	***Continu*** - élaboration d'une stratégie Coût : 700 000 $ http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bccs/index.htm

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Engagement de la SDD 2000 : créer une page Web ou une base de données Web sur les changements climatiques et la santé afin de mieux sensibiliser les ministères fédéraux à ces questions d'ici la fin de mars 2004.	***Terminé*** - On a répondu à plus de 200 demandes de renseignements sur le Web et par téléphone en ce qui concerne les questions relatives à l'air intérieur. Réseaux de recherche externes – partenariats établis Effets des conditions météorologiques exceptionnelles sur la santé Institut de la réduction des pertes catastrophiques http://www.iclr.org/french/index.htm Effets de la pollution atmosphériques sur la santé Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick http://www.climateairhealth.ca/francais/ Effets de la contamination de l'eau et des aliments sur la santé Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de Santé Canada www.eccho.ca/networks.asp (en anglais seulement) Effets sur la santé de maladies zoonotiques et à transmission vectorielle Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de Santé Canada www.eccho.ca/networks.asp (en anglais seulement) Groupes démographiques vulnérables dans les villes et les collectivités rurales Centre hospitalier de l'Université Laval www.chuq.qc.ca/oms/cc
PSM Collaborer avec Environnement Canada pour réunir les connaissances sur les risques environnementaux pour la santé humaine et les transmettre aux pays en développement.	***Terminé*** Coût : compris dans le financement de 13 millions de dollars en vertu de la LCPE – voir le prochain point

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Engagement de la SDD 2000 : promouvoir l'établissement d'accords, de chartes, et de programmes internationaux sur la santé, l'environnement et le développement durable et y participer.	***Terminé, continu*** Partenariats et ententes de collaboration établis avec des pays en voie de développement en ce qui concerne les menaces environnementales relatives à la santé humaine. http://cec.org/files/pdf/POLLUTANTS/RACEHW-feb03_fr.pdf http://www.who.int/ifcs/documents/Forum/ForumIV/Meeting_docs/Working_docs/09w-F4_Fr.pdf
PSM Appuyer la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE) et répondre aux préoccupations soulevées par la commissaire à l'environnement et au développement durable en déterminant les substances toxiques et en élaborant des stratégies pour limiter ou contrôler l'exposition des humains à de telles substances.	***Continu*** Coût : 13 millions de dollars
Engagement de la SDD 2000 : classer 2 000 des 23 000 substances figurant sur la Liste intérieure établie en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, en fonction du potentiel d'exposition des humains à ces produits ou du niveau de toxicité intrinsèque de ceux-ci, d'ici la fin de mars 2004.	***Dépassé***
Engagement de la LCPE : Classer 23 000 substances figurant sur la Liste intérieure, d'ici le 13 septembre 2006.	***Conforme aux prévisions*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/dse/categorisation_substances_exposition_humain.htm

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Engagement de la SDD 2000 : en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, évaluer les risques pour la santé humaine que posent 50 substances existantes; notamment, réévaluer deux substances figurant sur la Liste des substances d'intérêt prioritaire et cinq autres substances réglementées par un autre pays de l'OCDE, d'ici la fin de mars 2004.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/dse/evaluation_prealable_sub.htm
Engagement de la SDD 2000 : déterminer les options visant la gestion des risques pour la santé qui sont associés à au moins 10 substances déclarées toxiques aux termes de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, d'ici la fin de mars 2004.	***Dépassé*** Pendant l'exercice 2003-2004, 11 stratégies de gestion des risques ont été élaborées, http://www.ec.gc.ca/TOXICS/FR/mainlist.cfm?par_actn=s2%20 30 outils de contrôle sont en cours d'élaboration ou sont terminés, http://www.ec.gc.ca/RegistreLCPE/regulations/default.cfm 34 consultations ont été menées, http://www.ec.gc.ca/RegistreLCPE/participation/archives/default.cfm?intYear=2003. Inventaire national des rejets de polluants http://www.ec.gc.ca/pdb/npri/npri_dat_rep_f.cfm?#search Standards pancanadiens relatifs au mercure http://www.ec.gc.ca/MERCURY/MM/FR/mm-cws.cfm?SELECT=MM Des mécanismes de contrôle sont en cours de négociation dans le cadre du processus d'options stratégiques (PON 1). http://www.ec.gc.ca/RegistreLCPE/documents/part/code/dcm/preface.cfm
PSM En 2003-2004, les régions Alberta-Territoires du Nord-Ouest et Manitoba-Saskatchewan travailleront avec Environnement Canada pour concerter leur approche dans le cadre de la stratégie fédérale sur l'eau des Prairies.	***Continu***

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
PSM Accélérer le nettoyage des sites fédéraux contaminés.	***Continu*** Dans le cadre du Plan d'action accéléré sur les sites contaminés fédéraux (PAASCF), SC a un financement de 4 millions de dollars par année jusqu'en 2007-2008.
Rapport 2002 de la commissaire à l'environnement et au développement durable :	
Engagements : Crainte que le gouvernement n'ait pas une idée exacte des risques pour la santé humaine et des coûts relatifs au traitement des sites contaminés.	***En cours*** Santé Canada collabore avec divers partenaires aux questions relatives aux sites contaminés et est membre du Groupe de travail sur la gestion des lieux contaminés, du Groupe de travail sur la disposition d'agents de guerre, de l'Initiative nationale pour les mines orphelines ou abandonnées, du Groupe de travail sur les Recommandations de la qualité des sols du CCME et du Comité directeur du SMA sur le PAASCF. Le Rapport d'étape annuel sur les sites contaminés de SC pour 2003 est disponible sur demande, *cs-sc@hc-sc.gc.ca*. La liste des sites fédéraux contaminés se trouve sur le site du Répertoire des sites contaminés fédéraux, à : http://publiservice.tbs-sct.gc.ca/dfrp-rbif/cs-sc/home-accueil.asp?language=fr. Les Budgets fédéraux de 2003 et de 2004 prévoyaient des dépenses totales de 3,5 milliards de dollars sur dix ans pour accélérer la gestion et la restauration des sites contaminés. http://www.tbs-sct.gc.ca/report/sds-sdd/0406/sds-sdd1_f.asp Dans le cadre du PAASCF, Santé Canada offrira des conseils techniques et spécialisés au Comité directeur du SMA et aux ministères gardiens sur les risques pour la santé humaine associées aux sites fédéraux contaminés. Les autres ministères jouant un rôle clé dans l'évaluation et le classement des sites sont Environnement Canada et Pêches et Océans Canada.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
PSP Réduire les risques pour la santé et les problèmes environnementaux associés aux substances chimiques, aux produits issus de la biotechnologie et aux ingrédients des cosmétiques en mettant en place des contrôles réglementaires dans le cadre de la Stratégie de développement durable de Santé Canada, comme l'exigent la LCPE et la Loi sur les aliments et drogues.	***Terminé*** Coût : 2,7 millions de dollars http://www.hc-sc.gc.ca/ear-ree/ http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ecsn/index.htm
PSP Réduire la teneur en plomb de certains produits de consommation ainsi que leurs effets indésirables sur la santé des enfants canadiens, en publiant un règlement en application de la Loi sur les produits dangereux.	***Terminé, continu*** Le Règlement sur les bijoux pour enfants et le Règlement sur les bougies ont été publiés au préalable dans la Partie I de la Gazette du Canada, le 22 novembre 2003. http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/spc/quoi_neuf.htm
PSP Améliorer la protection contre les risques d'intoxication et l'exposition aux produits chimiques dangereux en proposant une nouvelle réglementation sur l'étiquetage des cosmétiques et en mettant en place les premiers éléments du Système universellement harmonisé pour la classification et l'étiquetage des produits chimiques.	***Terminé, continu*** Nomenclature internationale pour le Règlement sur les ingrédients des produits cosmétiques http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cosmetiques/modifications_prop_reg_cosmetiques.htm http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sgh/index.html
PSP Réduire la perte auditive liée au bruit excessif dans le milieu de travail, et encourager la mise en place de lignes directrices nationales sur la déclaration des émissions sonores des appareils.	***Continu*** http://www.csa-intl.org/onlinestore/GetCatalogItemDetails.asp?mat=000000000002014334
PSP Mieux protéger les travailleurs contre les risques associés aux matières dangereuses en milieu de travail au moyen de la gestion continue du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/simdut/index.htm

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Programme de santé au travail et de sécurité publique (PSTSP)	
Diriger l'élaboration et la promotion d'un Programme d'action pluriannuel national pour un milieu de travail sain, qui appuie la Stratégie d'innovation et qui se fonde sur l'idée qu' un milieu de travail positif comporte des avantages à la fois sur le plan de la santé et sur celui de la productivité économique.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/pstsp/index.htm http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/travail/index.htm http://www.grahamlowe.ca/documents/93/ (en anglais seulement) http://www.neighbouratwork.com/ (en anglais seulement)
Continuer d'offrir des services de santé et de sécurité aux ministères et aux organismes fédéraux ainsi que des services d'aide aux employés, en mettant particulièrement l'accent sur la protection de la santé physique et psychologique des fonctionnaires fédéraux chargés d'intervenir en cas d'acte terroriste.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/pstsp/aide_employe.htm Les services d'aide aux employés constituent une activité de recouvrement des coûts – il y a eu une augmentation de 16 % du revenu brut, celui-ci étant passé de 5 millions de dollars en 2002-2003 à 5,8 millions de dollars en 2003-2004.
Mesures et interventions d'urgence (MIU) physiques et psychosociales (EPR).	***Continu***

Priorité 2 : Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées

Le travail effectué au titre de cette priorité mettait l'accent sur la responsabilité qui incombe à Santé Canada d'offrir des programmes complets d'éducation, de promotion de la santé, de réglementation, de recherche et de surveillance, qui visent à réduire l'exposition des Canadiens aux dangers pour la santé associés à l'abus de tabac, de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées.

En 2003-2004, environ 35 000 vérifications de conformité et d'application de la loi ont été menées dans 65 000 points de vente au détail du Canada, en vertu de la *Loi sur le tabac*. De nouvelles données ont montré une réduction continue du tabagisme chez les Canadiens. Afin de poursuivre les progrès, nous avons tiré parti des ressources disponibles pour travailler avec les partenaires de différentes façons. Nous avons soutenu l'adoption de mesures qui permettent maintenant aux Canadiens des dix provinces d'appeler sans frais des lignes de renoncement au tabac pour obtenir des conseils et de l'aide afin de cesser de fumer.

Nous avons versé plus de 12 millions de dollars pour soutenir les enquêtes, la recherche et la surveillance du respect des lois antitabac. Nous avons aussi joué un rôle de leadership dans l'élaboration de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, premier traité de santé publique international de lutte contre l'épidémie du tabagisme dans le monde. Modelée de près sur les lois et règlements canadiens, cette convention-cadre établit les obligations relatives à la lutte contre le tabagisme.

Afin de mieux sensibiliser les Canadiens aux dangers associés au tabagisme et à l'exposition involontaire à la fumée secondaire, Santé Canada a dépensé environ 13 millions de dollars en 2002-2003 dans des campagnes de médias de masse nationales. Huit annonces portaient sur le renoncement au tabac. L'évaluation de ces campagnes a montré qu'elles étaient efficaces, convaincantes et qu'elles encourageaient à cesser de fumer. Nous avons aussi commencé le travail de base pour réduire les risques d'incendie posés par la cigarette en élaborant et en présentant aux fins de consultation des règlements favorisant la production de cigarettes moins susceptibles d'enflammer d'autres objets.

Aux fins de cette priorité et de la *Loi sur les drogues et les substances contrôlées*, nous sommes chargés de prendre des mesures pour réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées. Nous avons collaboré avec les organismes d'application de la loi afin d'identifier plus de 92 000 échantillons de substances contrôlées qui avaient été saisies, et fourni des témoignages d'expert et des conseils spécialisés pour aider à démanteler 43 laboratoires de drogues illicites. Afin que certaines substances contrôlées soient accessibles à des fins approuvées et légitimes, nous avons fourni 2 100 exemptions de méthadone et 750 autorisations ou exemptions pour la consommation de marijuana à des fins médicales. Le financement a été augmenté au moyen du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue (245 millions de dollars sur cinq ans), que nous dirigeons et coordonnons avec de nombreux ministères et partenaires fédéraux. Le Règlement sur les précurseurs a été mis en vigueur afin d'améliorer le contrôle de l'importation, de l'exportation, de la production et de la distribution de certaines substances chimiques qui sont utilisées dans la fabrication de produits légitimes, comme les produits pharmaceutiques, les parfums et les produits de nettoyage domestiques, mais aussi dans la fabrication de drogues illicites.

La Stratégie canadienne antidrogue a aussi contribué à financer le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies pour diverses activités, dont les suivantes : générer et diffuser de l'information et des connaissances sur la consommation et l'abus de substances; formuler des politiques; surveiller l'application de la loi et des règlements; coordonner les efforts avec les intervenants et partenaires communautaires ou non gouvernementaux; mettre en oeuvre l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) dans toutes les provinces. L'ETC fournira des renseignements de base sur la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues illicites, les conséquences pour les Canadiens et leurs attitudes. De plus, nous avons accordé des fonds (13,9 millions de dollars) aux provinces et aux territoires, à titre de partage des frais, pour le financement des services de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Situation

Engagements du RPP	Situation
Programme de lutte contre le tabagisme (PLT) http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/index.html Améliorer l'accessibilité des programmes et des ressources de renoncement au tabac pour les jeunes et les adultes; soutenir la recherche et l'évaluation des nouvelles approches de renoncement au tabac.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/index.html http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/jeunesse/cesser/100.html
Continuer d'augmenter la sensibilisation du public aux dangers de la fumée secondaire et soutenir les provinces, les municipalités et les employeurs à mettre en oeuvre des politiques antitabac.	***Continu*** Le document *Lieux publics sans fumée : vous pouvez y arriver* est conçu pour aider les municipalités et les collectivités à planifier, à mettre en oeuvre et à évaluer des règlements et politiques relatifs aux lieux publics sans fumée.
Travailler en collaboration avec les partenaires provinciaux et territoriaux au renouvellement du programme de recherche sur la lutte contre le tabagisme.	***Continu***
Mener des recherches et des analyses et en diffuser les résultats.	***Continu*** Coût de ces enquêtes : 2,5 millions de dollars http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html Coût de cette enquête : 175 000 $ http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/access03/index.html http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/feuillet.html http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/pdf/by_laws2001.pdf Un protocole d'entente avec la Colombie-Britannique a été signé afin d'élaborer une base de données électronique. Coût : 300 000 $

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Collaborer avec les partenaires internationaux à l'achèvement des négociations sur la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac.	***Terminé*** http://www.who.int/features/2003/08/fr/index.html http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2003/2003_56.htm
Réduire le nombre de décès, de blessures et de dommages matériels causés par les incendies à la suite de l'utilisation de la cigarette et d'autres articles, en renforçant la réglementation afin de promouvoir la fabrication de cigarettes moins susceptibles d'enflammer accidentellement d'autres objets.	***Continu*** - Publié au préalable dans la Gazette du Canada en mai 2004; commentaires en cours d'analyse http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/reglements/rip.html
Stratégie antidrogue et substances contrôlées (SASC)	
Continuer d'encourager le partage des connaissances sur les drogues, l'alcool et d'autres substances.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/sasc.htm http://www.ccsa.ca/indexF.asp
Continuer de promouvoir des traitements et des services de réadaptation efficaces et novateurs en matière d'alcoolisme et de toxicomanie grâce à des partenariats avec les provinces et les territoires.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/partenaires/index.htm
Continuer de mettre à jour la liste des substances contrôlées et de démanteler les laboratoires de drogues illicites.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sad/index.htm
Réglementer l'accès aux substances contrôlées en vue de recherches ou à des fins médicales ou commerciales.	***Continu*** http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bsc/index.htm

Résultat stratégique :

Des produits et des programmes de lutte antiparasitaire durables pour les Canadiens

Rendement du Canada -
Thème et questions horizontales :
Santé - Population saine
Environnement - Durabilité des ressources naturelles du Canada et santé des écosystèmes

Objectif :

Protection de la santé humaine et de l'environnement par la réduction des risques associés aux produits antiparasitaires.

Financial Information

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2003-2004	Total des crédits autorisés en 2003-2004	Dépenses réelles en 2003-2004
Dépenses brutes	42,2	46,8	46,2
Recette prévue	(7,0)	(7,0)	(6,6)
Dépenses réelles	35,2	39,8	39,6*

* Cette somme représente 3,3 % des dépenses réelles du secteur d'activité de la Promotion et de la protection de la santé.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable à une approbation de fonds par le Conseil du Trésor pour assurer une mise en oeuvre adéquate de la nouvelle loi sur la lutte antiparasitaire et pour financer des activités qui appuient et complètent la nouvelle loi.

Les dépenses réelles sont inférieures aux crédits autorisés sont particulièrement en raison des redressements de fin d'exercice des dépenses du ministère de la Justice.

Résultats intermédiaires

- Protection de la santé et de l'environnement.
- Confiance accrue du public et des intervenants dans la réglementation sur les pesticides.
- Utilisation accrue de pratiques et de produits de lutte antiparasitaire à risque réduit.

Résultats immédiats

- Accès à des pesticides et à des pratiques de lutte antiparasitaire plus sûrs.
- Transparence de la réglementation sur les pesticides
- Système de réglementation qui protège la santé et l'environnement.
- Produits plus sécuritaires sur le marché, utilisation sécuritaire des produits.

Priorités

- Assurer des produits antiparasitaires sûrs et efficaces.
- Assurer la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires*.
- Assurer des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

La structure de programme qui suit reflète les sous-activités de programme identifiées dans notre architecture d'activités de programme récemment établie, incluse pour la première fois dans le présent rapport, à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport détaillé en 2005-2006.

Programme	Lien avec les résultats
Homologation des nouveaux produits antiparasitaires et prise de décisions	Effectuer des évaluations des risques pour la santé humaine, pour la sécurité et pour l'environnement et des évaluations de l'efficacité et de la valeur, établir des limites maximales de résidu (LMR) et prendre des décisions réglementaires en tenant compte des normes de rendement applicables aux demandes d'homologation de nouveaux produits antiparasitaires.
Évaluation des produits antiparasitaires homologués et prise de décisions	Évaluer de nouveau les anciens pesticides selon les données et l'information à jour afin de déterminer si leur homologation reste acceptable(si elle satisfait aux normes de sécurité actuelles) et à quelles conditions .

Résultats intermédiaires

- Protection de la santé et de l'environnement.
- Confiance accrue du public et des intervenants dans la réglementation sur les pesticides.
- Utilisation accrue de pratiques et de produits de lutte antiparasitaire à risque réduit.

Résultats immédiats

- Accès à des pesticides et à des pratiques de lutte antiparasitaire plus sûrs.
- Transparence de la réglementation sur les pesticides.
- Système de réglementation qui protège la santé et l'environnement.
- Produits plus sécuritaires sur le marché, utilisation sécuritaire des produits.

Priorités

- Assurer des produits antiparasitaires sûrs et efficaces.
- Assurer la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires*.
- Assurer des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

La structure de programme qui suit reflète les sous-activités de programme identifiées dans notre architecture d'activités de programme récemment établie, incluse pour la première fois dans le présent rapport, à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport détaillé en 2005-2006.

Programme	Lien avec les résultats
Homologation des nouveaux produits antiparasitaires et prise de décisions	Effectuer des évaluations des risques pour la santé humaine, pour la sécurité et pour l'environnement et des évaluations de l'efficacité et de la valeur, établir des limites maximales de résidu (LMR) et prendre des décisions réglementaires en tenant compte des normes de rendement applicables aux demandes d'homologation de nouveaux produits antiparasitaires.
Évaluation des produits antiparasitaires homologués et prise de décisions	Évaluer de nouveau les anciens pesticides selon les données et l'information à jour afin de déterminer si leur homologation reste acceptable(si elle satisfait aux normes de sécurité actuelles) et à quelles conditions.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats (suite)

Programme	Lien avec les resultats

Sommaire

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats (suite)

Programme	Lien avec les résultats
Conformité	Promouvoir, maintenir et faire respecter la *LPA* au moyen d'enquêtes, d'inspections et de consultations qui sont coordonnées avec les administrations provinciales et territoriales et les autres ministères fédéraux.
Réduction des risques liés aux pesticides	Élaborer et mettre en oeuvre des politiques et des lignes directrices relatives à la lutte antiparasitaire et faciliter l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de réduction des risques grâce à des initiatives de partenariat.
Amélioration de la réglementation	Élaborer des initiatives stratégiques en matière de technologie de l'information, d'élaboration de politiques, d'harmonisation internationale, de changements législatifs et réglementaires et de communication pour améliorer le rendement, la transparence et la participation du public tout en maintenant un haut niveau de protection de la santé et de l'environnement.

Sommaire

Par l'intermédiaire de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA), les produits désignés pour gérer, éliminer, attirer ou repousser les parasites, qu'ils soient utilisés, vendus ou importés au Canada, sont régis par la *Loi sur les produits antiparasitaires (LPA)*. Les mesures prises pour obtenir ce résultat stratégique sont prescrites par la LPA; nous devons : prendre des décisions concernant les nouveaux pesticides destinés à l'usage au Canada; réévaluer les anciens pesticides pour déterminer si leur homologation reste acceptable compte tenu des normes actuelles de protection de la santé et de l'environnement; promouvoir, maintenir et faire respecter la LPA. En 2003-2004, nous avons assumé ces responsabilités et avons élaboré de nouveaux instruments et politiques qui seront essentiels à la mise en oeuvre de la nouvelle *LPA*, adoptée par le Parlement en décembre 2002.

Nous avons également travaillé pour réduire les risques associés aux pesticides en soutenant les pratiques de lutte antiparasitaire durables, notamment les solutions de rechange aux pesticides. Nous avons obtenu des résultats qui appuient la Stratégie de développement durable de Santé Canada et l'initiative Gouvernement en direct.

Nous avons dirigé une initiative fructueuse, déployée avec les autres ministères à vocation scientifique (Agriculture et Agroalimentaire Canada, Ressources naturelles Canada, Pêches et Océans Canada et Environnement Canada) pour coordonner la recherche et la surveillance des pesticides en raison de leurs effets pour tous ces ministères. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'Agence de protection de l'environnement des États-Unis (EPA) et d'autres organismes internationaux afin d'harmoniser les décisions et les processus. Nos activités de vérification de la conformité nécessitent souvent une

collaboration avec l'Agence d'inspection des aliments et les administrations provinciales.

Dans son rapport de 2003, *La gestion des pesticides : sécurité et accès sur le marché*, la commissaire à l'environnement et au développement durable (CEDD), reconnaît que d'importants progrès ont été réalisés en ce qui concerne la manière dont les pesticides sont réglementés, et elle formule de plusieurs recommandations pour continuer à améliorer le système de réglementation des pesticides. Lorsque la nouvelle *LPA* entrera en vigueur, nous serons en mesure de répondre à un certain nombre de préoccupations de longue date soulevées par la commissaire. Les réponses du gouvernement aux recommandations de la commissaire sont incluses dans le rapport, qui est accessible à l'adresse suivante : http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/c20031001cf.html.

Sommaire du rendement par priorité

Priorité 1 : Assurer des produits antiparasitaires sûrs et efficaces.

L'évaluation des nouveaux pesticides et la réévaluation des anciens pesticides, qui constituent la majorité de nos activités, aide à protéger la santé des Canadiens et leur environnement contre les risques associés aux pesticides. Nous avons continué à améliorer les délais d'homologation pour les nouveaux pesticides et avons progressé dans l'atteinte de notre objectif de réévaluation. L'amélioration de l'accès aux produits à risque réduit, comme des solutions de rechange aux pesticides traditionnels, est demeurée une priorité. De plus, nous avons contribué à la compétitivité du secteur agroalimentaire en améliorant l'accès aux pesticides à accès limité, soit ceux utilisés en si petite quantité que les fabricants ne demandent habituellement pas leur homologation au Canada.

La nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* a reçu la sanction royale le 12 décembre 2002. En prévision de la proclamation de la nouvelle loi, le plus tôt possible en 2004, nous avons rédigé de nouveaux règlements et révisé les règlements existants au besoin (lien vers le tableau des initiatives réglementaires). Afin d'appuyer la nouvelle LPA, nous avons amorcé l'élaboration de nouvelles politiques, procédures et systèmes de technologies de l'information pour, qui renforceront la protection de la santé et de l'environnement, augmenteront la transparence et amélioreront les contrôles postérieurs à l'homologation.

La commissaire à l'environnement et au développement durable (CEDD) a cerné le besoin d'améliorer la coordination entre les ressources fédérales de recherche et de réglementation en matière de pesticides. Les cinq ministères à vocation scientifique (Santé Canada, Agriculture et Agroalimentaire Canada, Pêches et Océans Canada, Environnement Canada, Ressources naturelles Canada) sont déterminés à renforcer les connaissances scientifiques sur les pesticides pour faciliter la prise de décisions réglementaires axées sur la science. Nous avons coprésidé un groupe de travail interministériel sur les pesticides pour faciliter la communication des priorités de recherche en matière de santé et d'environnement et la diffusion des résultats de recherche et de surveillance aux fins des décisions réglementaires relatives aux pesticides : (http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_f.asp).

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) - engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Homologation des produits antiparasitaires	
Améliorer les délais pour l'examen de tous les pesticides soumis pour homologation en continuant à harmoniser les exigences de données, les méthodes d'essai et les procédures d'évaluation du risque.	• Plus de 3 000 demandes d'homologation de pesticides et de modification ont été examinés; 86 % d'entre elles ont été approuvées. • On a satisfait aux normes de rendement 91 pour cent du temps pour les décisions réglementaires importantes. http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/francais/pdf/pro/pro9601-f.pdf • On a continué à déployer des efforts d'harmonisation, par l'entremise de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OECD) et de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) pour faciliter et favoriser le travail partagé et les examens communs. • Environ 50 % des nouveaux ingrédients actifs ont été homologués au moyen d'examens communs et de travaux partagés avec l'Agence de protection de l'environnement des États-Unis.
Réévaluation	
D'ici 2006, réévaluer les 405 ingrédients actifs des pesticides homologués avant le 31 décembre 1994. L'échéance dépend largement de l'Agence de protection de l'environnement des États-Unis (EPA). L'examen des pesticides destinés aux pelouses et aux jardins devrait être achevé cette année.	• On a octroyé environ 9,2 millions de dollars cette année à la réévaluation des anciens pesticides. • Au 31 mars 2004, on avait traité 80 ingrédients actifs et proposé 50 décisions supplémentaires. De plus, on a publié des évaluations de risque préliminaires pour deux agents industriels de préservation du bois. • On a réévalué quatre des huit ingrédients actifs des pesticides pour les pelouses et le gazon en plaque. On prévoit que les quatre autres ingrédients actifs seront réévalués en 2004. • À l'exemple de l'EPA, on a modifié l'objectif comme suit : 401 ingrédients actifs et les produits commerciaux connexes utilisés à des fins alimentaires d'ici 2006, ceux utilisés et à des fins non alimentaires d'ici 2008. On a déterminé que quatre ingrédients actifs étaient des désinfectants et ne sont plus régis par la *LPA*.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
	• On a publié un plan de travail annuel et des documents de décision. http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pubs/reeval-f.html
Pesticides à risque réduit et à usage limité En collaboration avec Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC), s'assurer que les pesticides à usage limité sont offerts sur le marché plus facilement et plus rapidement. Continuer de participer activement au programme d'examen conjoint Canada/EPA sur les pesticides à usage limité.	• Le gouvernement fédéral a alloué 55,5 millions de dollars en six ans pour améliorer l'accès aux produits à risque réduit utilisés à des fins agricoles, notamment les pesticides à usage limité. AAC génère des données pour appuyer l'homologation des pesticides à usage limité, et Santé Canada coordonne et évalue les données et donne des conseils. • On a effectué 113 consultations auprès d'AAC et des provinces pour déterminer les exigences en matière de données et on a examiné 59 présentations provenant des provinces. • Au total, on a homologué 302 nouveaux usages limités, dont 82 usages à risque réduit. • 72% des ingrédients chimiques actifs et 31% d'ingrédients actifs des biopesticides considérés à risque réduit aux États -Unis sont homologués ou en instance d'homologation au Canada. http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pubs/minorcrops-f.html http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_f.asp
Réglementation Rédiger des règlements en application de la loi sur les données relatives aux ventes de pesticides, la déclaration des effets indésirables et les renseignements sur la sécurité des produits.	• On a consulté le public au sujet des projets de règlements sur la déclaration des effets indésirables, la donnée des ventes de pesticide, la remise en cause des décisions, et l'information concernant la sécurité des produits. On a commencé la rédaction des règlements. • On a publié projet de règlements sur les données relatives aux ventes dans la partie I de la *Gazette du Canada*, à des fins de consultation du public.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Programme de recouvrement des coûts	
Effectuer un examen quinquennal approfondi du programme de recouvrement des coûts des pesticides (RPP 2002-2003)	• En 2002, on a établi un comité directeur des intervenants. Le rapport final ainsi que le plan d'action sont attendus en 2004.

Priorité 2 : Assurer la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires.*

L'une de nos responsabilités permanentes consiste à protéger la santé des Canadiens et leur environnement en facilitant, en encourageant et en maximisant la conformité à la *LPA* et aux conditions d'homologation. Le programme d'assurance de la conformité est administré par l'intermédiaire d'un réseau composé d'agents régionaux de Santé Canada et d'inspecteurs de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) de tout le Canada, qui procède à des inspections et des enquêtes auprès de ceux qui fabriquent, vendent, distribuent et utilisent des pesticides ainsi que sur les enquêtes. En raison de nos activités de surveillance et de contrôle, en 2003-2004, nous avons consigné 58 produits, refusé l'accès au Canada à huit produits non homologués, pris 832 mesures éducatives (écrites et orales) et émis 25 avis de violation entraînant des sanctions pécuniaires administratives (SPA). La majorité des violations étaient mineures et ont été corrigées au moyen de lettres éducatives, étant donné que la connaissance des règlements accroît la conformité. Aucune poursuite au criminel n'a été nécessaire.

La CEDD, dans son rapport de 2003, a souligné la nécessité de cibler efficacement les activités relatives à la conformité et de renforcer les procédures de mesure et de déclaration. Afin de mettre en oeuvre cette recommandation, nous avons commencé à élaborer un nouveau plan stratégique pour renforcer le programme de conformité et d'application de la loi : http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/c2003menu_f.html.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation

Engagement du RPP	Situation
Assurer l'efficacité du programme de surveillance et de conformité en continuant de vérifier et de surveiller la conformité et d'appliquer la Loi en menant régulièrement des inspections et des enquêtes sur les infractions soupçonnées.	• On a alloué 7,1 millions de dollars pour faciliter, encourager et maximiser la conformité à la LPA et aux conditions d'homologation. • On a effectué 567 enquêtes, 1 100 visites d'inspection et plus de 850 analyses en laboratoire pour s'assurer que les pesticides sont vendus et utilisés de façon sécuritaire.

Priorité 3 : Assurer des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides.

Compte tenu de l'intérêt grandissant des Canadiens pour la réduction des risques associés aux pesticides, nous sommes déterminés à intégrer les principes du développement durable à la lutte antiparasitaire. L'objectif consite à réduire la dépendance à l'égard des pesticides traditionnels et à accroître les recours aux approches à risque réduit et aux solutions de rechange. Nous avons continué à élaborer et à promouvoir des produits et des pratiques de lutte antiparasitaire durables, en collaboration avec les autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, les producteurs, l'industrie des pesticides et les organisations non gouvernementales.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation

Engagement du RPP	Situation
En collaboration avec AAC et les intervenants, élaborer et mettre en oeuvre des stratégies de réduction des risques pour les produits agricoles. Continuer à élaborer des stratégies pour le canola et les pommes et commencer à en élaborer pour les pommes de terre et les légumineuses.	• On a investi 2,63 millions de dollars en 2003-2004 pour offrir l'accès à des pratiques et des produits de lutte antiparasitaire plus sécuritaires. L'objectif est de collaborer avec les producteurs pour élaborer des stratégies portant sur un produit précis, et de les soutenir à cet égard afin de réduire les risques associés aux pesticides. • On a collaboré avec AAC à l'élaboration d'un cadre de programme et à la détermination des cultures prioritaires. En consultation avec les intervenants, on a élaboré un modèle de profil des cultures. On a travaillé à l'élaboration d'indicateurs pour suivre les tendances en matière de réduction des risques associés aux pesticides.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
	• On a terminé quatre stratégies : canola, pommes, aquaculture et canneberges. • On a réalisé des progrès en ce qui concerne quatre autres stratégies : pommes de terre (Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard), tomates, légumineuses (pois, pois chiches et lentilles), haricots secs et spermophile de Richardson. http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_f.asp
Travailler de concert avec les provinces, les territoires et les intervenants afin de fournir conseils et orientations pour la mise en oeuvre de la Stratégie pour pelouses saines, d'atteindre et de maintenir les objectifs de la Stratégie pour pelouses saines et de promouvoir l'échange de renseignements sur la lutte antiparasitaire et les pesticides pour l'entretien des pelouses.	• Le Groupe de travail FPT sur les pelouses saines (GTPS) a rencontré régulièrement les intervenants pour discuter de l'état d'avancement de la Stratégie pour pelouses saines et formuler des recommandations pour les activités futures. http://www.healthylawns.net/ • On a déployé des efforts continus pour mettre en oeuvre les recommandations du GTPS, notamment l'imposition de restrictions pour les herbicides et les fertilisants, l'utilisation de contenants à l'épreuve des enfants et l'amélioration de l'étiquetage des produits. • On a fourni aux municipalités, aux provinces et aux bureaux régionaux des organismes fédéraux, aux fins de distribution, plus de 32 000 copies du dossier *Conseils pour une pelouse saine*. • On a élaboré un nouveau module de formation pour les fournisseurs de services d'entretien de la pelouse et les paysagistes.

Résultat stratégique :

Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé

Rendement du Canada -
Thème et question horizontale :
Collectivités autochtones - Pleine participation des Autochtones à l'apprentissage continu - Collectivités autochtones en santé

Objectif

Fournir des services et des programmes de santé durables aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites, en collaboration avec les provinces et les territoires, pour lutter contre les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies, de sorte que les Premières nations et les Inuits atteignent un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens.

Renseignements financiers

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2003-2004	Total des crédits autorisés en 2003-2004	Dépenses réelles en 2003-2004
Dépenses brutes	$1 413,7	$1 578,4	$1 557,4
Recettes prévues	(5,5)	(5,5)	(3,5)
Dépenses nettes	$1 408,2	$1 572,9	$1 553,9*

* Cette somme représente 38 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable aux éléments suivants :

- financement pour la viabilité du Programme de santé des Premières nations et des Inuits;
- financement pour la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations (SGEPN);
- financement pour la mise en œuvre d'un cadre global de règlement des séquelles associées aux pensionnats indiens;
- financement pour la construction et la remise à neuf des installations des Premières nations dans les réserves, dans le secteur d'activité « Gestion et administration ministérielles ».

Les dépenses réelles sont inférieures de 19,1 millions de dollars aux crédits autorisés pour les raisons suivantes :

- diminution des dépenses prévues pour les Services de santé non assurés;
- retards dans le dossier des pensionnats indiens;
- retard dans la construction de l'hôpital de Sioux Lookout;
- ajustements de fin d'exercice des dépenses du Ministère de la Justice;
- autres retards dans les activités de divers programmes.

Résultats à moyen terme

- Adoption accrue de modes de vie sains
- Amélioration de l'accès, de la disponibilité et de la qualité des programmes et des services de santé
- Diminution de l'incidence et de la prévalence des maladies et de l'abus de drogues et d'alcool
- Capacité accrue de gérer et d'offrir des programmes et des services de santé visant les Premières nations et les Inuits
- Efficacité et viabilité du système de santé des Premières nations et des Inuits
- Sensibilisation accrue des collectivités et des individus aux déterminants de la santé et aux mesures préventives connexes
- Satisfaction des clients relativement aux niveaux et à la qualité des programmes et des services
- Gestion efficace de l'accès aux services, en fonction des besoins des clients
- Planification et gestion efficaces des capacités en matière de santé dans les collectivités

Résultats immédiats

- Amélioration et maintien des capacités de prestation de programmes et de services
- Sensibilisation accrue des collectivités et des individus
- Programmes et services adaptés sur le plan culturel
- Programmes et services de qualité
- Élaboration et mise en œuvre de cadres de gestion et de politique efficaces.

Priorités

- Améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies
- Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de soins de santé
- Coopérer et collaborer avec les collectivités des Premières nations et des Inuits, les provinces, les territoires et les fournisseurs de services pour moderniser le système de santé et l'adapter aux besoins des Premières nations et des Inuits
- Améliorer la gestion de l'information et du savoir afin d'améliorer la prestation des services et des programmes de santé
- Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de responsabilisation efficaces qui amélioreront les pratiques de gestion de Santé Canada et des collectivités des Premières nations et des Inuits

Liens entre les programmes et les résultats

La structure de programme qui suit reflète les sous-activités de programme identifiées dans notre architecture d'activités de programme, récemment établie; elle est présentée pour la première fois dans le présent rapport à titre informatif. La nouvelle structure fera l'objet d'un rapport détaillé en 2005-2006.

Programmes	Résultats
Programmes de santé communautaire des Premières nations et des Inuits	Les Programmes de santé communautaire assurent des services de santé aux mères et aux enfants, des services en santé mentale ainsi que des services de prévention, de promotion et de traitement en matière de toxicomanies et de maladies chroniques.
Protection de la santé des Premières nations et des Inuits	Le Programme de contrôle des maladies transmissibles et le Programme de la recherche et de l'hygiène du milieu facilitent la préparation en vue du contrôle, de la gestion et du confinement des éclosions de maladies pouvant être prévenues; ces programmes contribuent également à l'amélioration de la gestion et du contrôle des dangers environnementaux.
Soins de santé primaires des Premières nations et des Inuits	Les services de soins de santé primaires comprennent la médecine d'urgence et communautaire, les services de soins infirmiers, les soins à domicile et en milieu communautaire et la santé bucco-dentaire.
Services de santé non assurés (SSNA)	Le Programme des services de santé non assurés fournit à quelque 749 000 Indiens inscrits et Inuits reconnus une gamme limitée de produits et de services médicaux essentiels qui s'ajoutent aux prestations des autres régimes d'assurance-maladie privés ou provinciaux-territoriaux. Les services comprennent les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et l'équipement médical, les services d'intervention en santé mentale en cas de crise ainsi que le transport médical nécessaire pour obtenir des services de santé qui ne sont pas offerts dans la réserve ou la collectivité de résidence.
Appui en matière de gouvernance et d'infrastructure au système de santé des Premières nations et des Inuits	Un appui en matière de gouvernance et d'infrastructure est offert au système de santé des Premières nations et des Inuits pour permettre de mettre en œuvre la Politique sur le droit inhérent, d'améliorer les capacités des Premières nations et des Inuits à accéder aux renseignements en santé et à en générer et de protéger l'infrastructure des programmes et des services de santé des Premières nations et des Inuits en augmentant leur contrôle. Les activités entreprises comprennent la planification et le renforcement de la capacité de gestion et de prestation des collectivités des Premières nations et des Inuits, l'intégration et la coordination des services de santé entre les administrations FPT, la gérance, et la gestion de la recherche, des connaissances et de l'information en santé.

Liens entre les programmes et les résultats

La structure de programme qui suit reflète les sous-activités de programme identifiées dans notre architecture d'activités de programme nouvellement élaborée et présentée pour la première fois dans le présent rapport à titre informatif. La prochaine version sera le rapport détaillé en 2005-2006.

Programmes	Résultats
Programmes de santé communautaire des Premières nations et des Inuits	
Protection de la santé des Premières nations et des Inuits	
Soins de santé primaires des Premières nations et des Inuits	
Services de santé non assurés (SSNA)	
Appui et gestion de la prestation des programmes de santé des Premières nations et des Inuits	

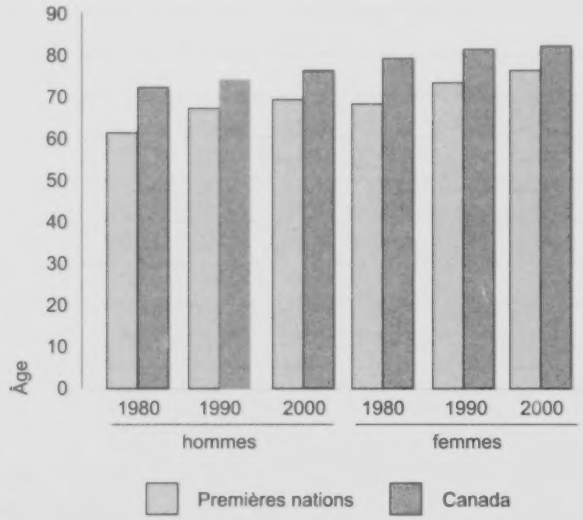
Sommaire

Les objectifs liés à ce résultat stratégique sont les suivants : améliorer les résultats en matière de santé; assurer la disponibilité de services de santé de qualité et leur accessibilité; appuyer un plus grand contrôle du système de santé de la part des Premières nations et des Inuits. Le premier objectif - offrir des programmes et des services de santé efficients, efficaces et viables qui contribuent à l'obtention de meilleurs résultats en santé s'appuie sur quatre principes : les Premières nations et les Inuits doivent être appuyés afin de jouer un rôle efficace dans la planification et la prestation de leurs services de santé; les Premières nations et les Inuits doivent recevoir des services de façon homogène grâce à une meilleure intégration des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux; les Premières nations et les Inuits doivent avoir droit à la même qualité et à la même disponibilité de services que le reste de la population vivant dans des secteurs géographiques semblables; une réforme du système de santé des Premières nations et des Inuits doit être entreprise afin de concentrer les efforts « en amont » sur le renforcement des capacités de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Il y a toujours un écart considérable entre l'état de santé des Autochtones et celui des Canadiens non autochtones, surtout en ce qui concerne l'espérance de vie, la prévalence des maladies chroniques et infectieuses et les blessures. Dans certaines collectivités des Premières nations, les maladies du cœur sont deux fois plus fréquentes que dans la population en général, le taux de diabète est trois à quatre fois plus élevé et le nombre d'années de vie perdues à la suite de blessures est trois fois et demi plus élevé. Le taux global de suicide chez les jeunes Autochtones est de cinq à six fois plus élevé que chez les jeunes non autochtones. De plus, le taux de tuberculose latente est six fois plus élevé que dans la population en général.

Espérance de vie à la naissance, Premières nations et Canada, 1980-2000

L'espérance de vie des Premières nations a augmenté de façon régulière au cours des 20 dernières années. Les gains obtenus au cours de cette période sont suffisants pour réduire environ de moitié l'écart entre les Premières nations et la population générale.



Source : Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001. Données ministérielles de base 2001. Ottawa, ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien. Numéro de catalogue R12-7/2000F

De 1992 à 2001, le pourcentage de cas de sida chez les Autochtones par rapport à l'ensemble du Canada est passé de 1,7 % à 7,2 %[1]. Malgré cet écart dans l'état de santé, le Ministère continue d'effectuer d'importantes avancées en ce qui concerne l'état de santé des Premières nations et des Inuits : l'espérance de vie a augmenté sur une période de 20 ans – hausse

1 Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, 2000

de 13,1 % chez les hommes et de 12,6 % chez les femmes – chez les Indiens inscrits. Le taux de mortalité infantile chez les Premières nations diminue de façon régulière depuis 1979, année où il a atteint un sommet de 27,6 décès pour 1 000 naissances, soit deux fois et demie le taux national. En 2000, le taux de mortalité infantile chez les Premières nations est tombé à 6,4 décès pour 1 000 naissances, comparativement à 5,5 pour l'ensemble du Canada.

Bon nombre de problèmes que le Ministère doit régler sont les mêmes que ceux auxquels les systèmes de santé canadiens sont confrontés, par exemple l'augmentation des coûts, la pénurie de ressources humaines en santé et la prestation de services répondant aux besoins d'une population vieillissante. De plus, le système de santé des Premières nations et des Inuits doit relever des défis liés à la prestation de programmes et à l'augmentation des coûts par suite de l'accroissement rapide du nombre de personnes ayant un taux élevé de blessures, du fardeau de la maladie, et des populations vivant en milieu éloigné ou rural.

Environ 749 000 membres des Premières nations et des Inuits, peu importe leur lieu de résidence, bénéficient de la gamme de produits et de services médicaux essentiels offerte dans le cadre du Programme de services de soins non assurés (SSNA) : médicaments, soins dentaires, soins de la vue, fournitures médicales et équipement médical, services d'intervention en santé mentale en cas de crise et transport pour raison médicale afin d'obtenir des services qui ne sont pas offerts dans la réserve ou la collectivité de résidence. Au cours de l'exercice 2003-2004, Santé Canada a continué à assumer ses responsabilités qui consistent à aborder les questions relatives à la santé et au système de santé des Premières nations et des Inuits. L'allocation initiale de 1,3 milliard de dollars sur cinq ans prévue dans le budget 2003 a aidé le Ministère à mettre en place les fondements d'un système de santé des Premières nations et des Inuits plus efficace et plus viable. Ce montant comprenait des fonds destinés aux SSNA, à un réinvestissement en capital pour l'amélioration des établissements de santé, à une stratégie d'immunisation ciblant les enfants des réserves, à une stratégie globale en soins infirmiers et à des programmes pilotes visant à renforcer l'intégration des services à ceux des provinces et des territoires.

Un certain nombre de défis et de risques particuliers sont associés à la prestation des services et des programmes, entre autres : la nécessité d'accroître les efforts de prévention dans les collectivités afin d'améliorer la santé et d'alléger le fardeau qui pèse sur le système de santé; la nécessité de renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits à jouer un rôle plus efficace dans la planification et la prestation des services de santé; le besoin de maintenir un processus de reddition de comptes clair et efficace en ce qui concerne les résultats des services de santé et l'état de santé et, le maintien de l'équilibre entre la rentabilité et l'obtention de résultats optimaux en santé.

En collaboration avec les Premières nations et les Inuits, le Ministère s'efforce d'augmenter la portée et l'efficacité des programmes et des services, et d'offrir des programmes de santé publique et communautaire dans les réserves, y compris des programmes d'hygiène du milieu et de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles. Des services de santé primaire sont également offerts dans des collectivités isolées et éloignées, où souvent aucun service provincial n'est facilement accessible.

Sommaire du rendement par priorité

Priorité 1 : Améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies

Afin de réduire l'écart entre l'état de santé des Autochtones et celui des Canadiens non

autochtones, le gouvernement a mis en place une stratégie de promotion de la santé et de prévention des maladies à l'intention des Premières nations et des Inuits et il a également travaillé en collaboration avec ses partenaires pour améliorer la prestation des services de santé. Santé Canada a continué d'investir dans les programmes de promotion et de prévention pour les Premières nations et les Inuits; certains de ces programmes sont spécialement conçus pour les enfants, les jeunes et les mères qui vivent dans des conditions de risque. Ces programmes adaptés sur le plan culturel offrent des services de counseling, de prévention de la toxicomanie et du suicide, ainsi que des services de bien-être mental. Ils visent à améliorer à la fois la croissance et le développement spirituels, émotionnels, intellectuels et physiques des enfants et des jeunes des Premières nations et d'aider les femmes enceintes, les aidants, les familles et les collectivités à élever des enfants sains et en mesure d'atteindre leur plein potentiel.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Réduire le nombre d'enfants touchés par le syndrome d'alcoolisme fœtal ou les effets de l'alcool sur le fœtus et améliorer les résultats de développement chez les enfants touchés : • mettre l'accent sur l'éducation et la sensibilisation des parents et des aidants; • créer des outils et des ressources d'aide; • augmenter le nombre de travailleurs formés; • mettre en œuvre des projets pilotes.	• Entre 250 et 300 parents et aidants ont reçu de l'information ou de la formation; des séances de formation professionnelle ont été dispensées à 250-300 travailleurs professionnels, auxiliaires et communautaires dans des domaines tels que l'intégration sensorielle, les retards de développement et les stratégies de prévention. • Le matériel suivant a été créé : des vidéos de formation, des affiches de sensibilisation, de l'information en ligne dans les langues autochtones et un livret de stratégies intitulé *Trying Differently: A Guide for Daily Living and Working with FASD and other Brain Differences.* • Environ 500 participants ont été formés comme animateurs pour les ateliers sur l'établissement du profil des actifs d'une collectivité et un guide intitulé *Train the Facilitator* a été élaboré. • Aucun projet pilote n'a été élaboré en 2002-2003 puisque la conception du programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) n'était pas encore terminée. En 2003-2004, le programme était axé sur le développement des capacités communautaires par l'établissement du profil des actifs, un moyen de bâtir de solides fondations pour d'éventuels projets pilotes en 2004-2005. • Dépenses relatives aux TCAF : 6 033 500 $ Pour obtenir de plus amples renseignements, visiter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/pc/saf_eaf/index.htm.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Améliorer l'efficacité des activités du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) : • offrir de la formation aux fournisseurs de soins sur les ressources et les outils pertinents; • créer un site Web permettant d'accéder facilement à de l'information pertinente et à jour.	• Un concept global, un plan et un contenu provisoire de projet de sensibilisation ont été élaborés à l'intention des collectivités des Premières nations et des Inuits afin de prévenir les carences en fer chez les enfants à bas âge - une préoccupation clé en santé publique. Un manuel facile à utiliser à été créé pour les travailleurs du PCNP; il contient tous les renseignements nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre un programme local efficace. Un manuel de référence résumant l'état actuel des connaissances et de la pratique concernant la nutrition pendant la grossesse et l'allaitement a été distribué; une formation sur le sujet a également été offerte. • Plus de 500 travailleurs ont participé à la formation sur la conception et la prestation du PCNP, ce qui représente presque le nombre total de travailleurs du PCNP à l'échelle nationale. • De l'information de base sur les programmes sera affichée sur le site Web de Santé Canada.
Augmenter la couverture du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) dans les réserves afin qu'il s'adresse à un plus grand nombre d'enfants (hausse de 12 à 18 % de la clientèle) : • étendre les services offerts aux enfants ayant des besoins spéciaux; • accroître le nombre de collectivités participantes.	• La participation des collectivités au Programme a augmenté de 8 %; en moyenne, 70 % des collectivités participent au Programme, qui rejoignait 15 % de la population en 2003-2004. • On répond progressivement aux besoins en programmes pour les enfants ayant des besoins spéciaux, tels que les services de thérapie, la rénovation des établissements pour en faciliter l'accès, et l'achat de véhicules adaptés. • De plus, certaines évaluations en milieu préscolaire ont été mises en place; certains sites pourront maintenant recevoir du matériel et de la formation relativement aux besoins spécialisés. • Dépenses relatives au PAPA : 35 238 600 $ Pour obtenir de plus amples renseignements, visiter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/pc/papa/index.htm.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Aider les collectivités des Premières nations et des Inuits à aborder la question du mieux-être mental, notamment en rapport avec le taux élevé de suicide, des façons suivantes : • poursuivre la collaboration avec l'Assemblée des Premières nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) en vue de se pencher sur la question importante qu'est le suicide, notamment au moyen de travaux qui tiendront compte des recommandations formulées par le Groupe consultatif sur la prévention du suicide (GCPS) dans son rapport *Agir à partir de ce que nous savons : Prévenir le suicide chez les jeunes des Premières nations*; • organiser une table ronde sur la jeunesse pour examiner les recommandations du rapport; • mettre à jour et distribuer à grande échelle un nouvel outil d'évaluation pour identifier les collectivités en état de crise.	• Une table ronde de la jeunesse a été organisée afin de donner l'occasion aux jeunes des Premières nations et des Inuits de prendre connaissance des recommandations du rapport du GCPS et d'y répondre. Les jeunes ont appuyé énergiquement les mesures suivantes : élaborer une entente culturellement pertinente sur le suicide et la guérison; étendre les possibilités de participation des jeunes à la prévention du suicide et les rendre officielles; cibler les groupes à risque élevé qui ont été négligés; souligner le rôle des femmes et des familles dans la promotion du bien-être de la famille. • L'APN a reçu un financement pour élaborer un modèle de leadership à l'intention des jeunes sur la prévention du suicide. L'Inuit Youth Council de l'ITK a quant à lui reçu un financement pour élaborer un cadre stratégique en vue de la prévention du suicide chez les jeunes inuits et de la participation des jeunes aux initiatives de prévention et pour formuler des recommandations. • L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) a reçu des fonds pour créer une trousse d'outils de planification communautaire pour la prévention du suicide, en vue d'orienter les collectivités. La trousse offrira des options pour effectuer des évaluations du risque dans la collectivité et élaborer des plans communautaires de prévention du suicide. • Vingt-quatre (24) formateurs autochtones ont assisté à la formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST). • En partenariat avec la GRC et le Centre de prévention du suicide, on a élaboré le document intitulé *Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies* afin de guider les personnes et les organisations qui ont entrepris d'élaborer des stratégies, des programmes et des services de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
	• Un protocole d'entente avec les Indian Health Services des États-Unis a été élaboré pour la prévention du suicide dans les collectivités autochtones du Canada et des États-Unis. • Dépenses en santé mentale : 16 558 400 $
Accroître le nombre de collectivités qui mettent en place des politiques et des règlements antitabac et qui font de la lutte au tabagisme une de leurs priorités: • mettre en œuvre de 12 à 14 projets pilotes nationaux de lutte contre le tabagisme.	• Une campagne postale de marketing social auprès des foyers des Premières nations et des Inuits a été organisée à l'échelle nationale. Le but était de fournir de l'information sur les dangers associés à la fumée secondaire; la campagne invitait toutes les familles des Premières nations et des Inuits à faire de leur maison un foyer de non-fumeurs. • Douze (12) projets nationaux de lutte contre le tabagisme ont été réalisés; l'objectif était de créer des trousses sur la lutte contre le tabagisme ou d'offrir de la formation aux populations ciblées sur les pratiques exemplaires de lutte antitabac. • Dépenses relatives au tabagisme : 5 351 500 $
Réduire l'incidence de tuberculose au sein des collectivités des Premières nations : • élaborer des lignes directrices pour l'évaluation des risques relatifs à la tuberculose qui seront mises à l'essai dans 12 collectivités des Premières nations et des Inuits.	• L'outil d'évaluation des risques pour l'élimination de la tuberculose a été mis en œuvre dans seulement 6 collectivités des Premières nations en raison du manque de professionnels de la santé pour assurer la mise en œuvre de l'outil dans 12 collectivités. Cet outil guide les collectivités dans l'élaboration d'un programme sur la tuberculose spécialement conçu pour répondre aux besoins communautaires, en fonction de l'épidémiologie de la maladie ou de l'infection. • Dépenses relatives à la tuberculose : 4 095 300 $ Pour obtenir de plus amples renseignements, visiter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/spsp/tuberculose/index.htm.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Offrir des programmes de prévention et des soins primaires aux diabétiques : • mettre en œuvre l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) pour appuyer à la fois les programmes destinés aux Premières nations des réserves et aux collectivités inuites et innues ainsi que les programmes de prévention et de promotion destinés aux Métis, aux Autochtones vivant en dehors des réserves et aux Inuits vivant en milieu urbain.	• Les réserves des Premières nations et les collectivités inuites ont reçu des renseignements sur le diabète adaptés sur le plan culturel. • Plus de 600 collectivités ou conseils tribaux ont reçu des fonds pour la réalisation de projets en fonction des priorités; ceux-ci allaient des clubs de marche aux cours de cuisine pratique en passant par les services de soin des pieds, les projets de prévention en milieu scolaire et les camps pour enfants et aidants. • On a aidé à la prestation de 32 programmes de prévention primaire à l'intention des Indiens vivant hors réserve et des Métis et des Inuits vivant en milieu urbain. • Plusieurs projets ont été organisés pour la prévention des complications associées au diabète, par exemple des centres mobiles de dépistage des symptômes du diabète dans les collectivités de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. • Dépenses relatives à l'IDA : 13 763 400 $ Pour obtenir de plus amples renseignements, visiter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/pc/ida/index.htm.
Créer une campagne de prévention du sida chez les Autochtones en collaboration avec les chefs des collectivités des Premières nations et des Inuits : • élaborer du matériel de promotion sur la prévention du sida; • offrir des ateliers sur la prévention du VIH/sida dans les collectivités, les écoles et les réserves.	• La région de la Colombie-Britannique a été l'hôte de 60 ateliers sur la sensibilisation et la prévention relativement au VIH (environ 300 participants). • Cinq (5) ateliers sur la réduction des méfaits ont été offerts à des représentants en santé communautaire et à des intervenants pour le traitement de l'abus de l'alcool et des drogues (environ 250 intervenants travaillant dans les réserves ont participé).

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
	• La région de l'Alberta a été l'hôte de 23 ateliers sur le VIH/sida; elle a élaboré et distribué 125 trousses d'information sur les ateliers aux organisations. • Le Réseau canadien autochtone du sida, parrainé par la Pauktuutit Inuit Women's Association, a reçu un appui national pour l'organisation de salons de la santé communautaire et du VIH/sida, à l'intention des collectivités inuites. Pour obtenir de plus amples renseignements, visiter le site :http://www.pauktuutit.ca/main_e.html. Pour obtenir des renseignements généraux sur les autres initiatives autochtones relatives au VIH/sida, visiter le site Web de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/index.html. • Dépenses relatives au VIH/sida : 3 286 400 $

Priorité 2 : Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de soins de santé

La prestation de services de soins de santé efficaces et accessibles aux collectivités des Premières nations et des Inuits exige la mise en œuvre de stratégies à long terme visant à assurer la durabilité des programmes et des services de santé offerts et financés par le Ministère. Au cours de l'année, Santé Canada s'est efforcé d'augmenter le nombre de professionnels de la santé agréés et d'investir dans l'amélioration des établissements de santé afin de faciliter l'accès des Premières nations et des Inuits aux programmes et aux services de santé. Santé Canada a travaillé avec les conseils de bande et les organismes locaux de santé pour entreprendre des activités de promotion et de prévention en matière de santé; le Ministère a également effectué des évaluations et fourni de l'aide dans le but de faciliter l'accréditation des centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Il s'est aussi assuré que les Premières nations et les Inuits avaient accès à des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Santé Canada a accompli d'importantes avancées relativement au développement durable et à la qualité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Porter à 50 % le pourcentage d'enfants d'âge préscolaire et de principaux responsables de soins à l'enfant qui reçoivent des services dans le cadre des initiatives de promotion de la santé bucco-dentaire, en augmentant le nombre de dentothérapeutes dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.	• Santé Canada a contribué à faire augmenter de 49,7 % le nombre d'enfants d'âge préscolaire des Premières nations et des Inuits participant à l'initiative de promotion de la santé bucco-dentaire. Trente (30) étudiants du programme de dentothérapie ont été diplômés, soit une augmentation de 50 %. • Dépenses relatives à la santé bucco-dentaire : 4 535 500 $
Assurer des services de qualité normalisés pour les toxicomanes jeunes et adultes : • procéder à des évaluations et appuyer l'accréditation des centres de traitement financés dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ).	• Vingt-sept (27) évaluations portant sur des centres du PNLAADA et du PNLASJ ont été effectuées par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. • Douze (12) centres de traitement du PNLAADA ont reçu l'accréditation et 7 autres en ont fait la demande. Six (6) centres de traitement du PNLASJ ont reçu l'accréditation et 2 en ont fait la demande. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le PNLAADA, visiter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/pc/pnlaada/index.htm.
Assurer des soins actifs post-hospitalisation, des soins pour malades chroniques et des soins continus aux Premières nations et aux Inuits : • poursuivre la mise en œuvre des services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC); • augmenter de 71 à 85 % le nombre de collectivités des Premières nations et des Inuits offrant des services de SDMC.	• Santé Canada continue à fournir des services de soins de base à domicile et en milieu communautaire qui répondent aux besoins sociaux et de santé particuliers des Premières nations et des Inuits. • Quatre-vingt-trois pour cent (83 %) de la population des réserves a eu accès à des SDMC, soit une augmentation de 1 % par rapport à l'année précédente. Une étude a été menée dans le but d'évaluer, d'analyser et de déterminer les questions relatives à l'accessibilité, à la prestation, à la qualité et à la durabilité des services offerts dans les petites collectivités isolées. L'accès aux services constitue encore un défi pour ces collectivités. Pour obtenir de plus amples renseignements, visiter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/spsp/psdmcpni/. • Dépenses relatives aux SDMC : 89 863 300 $

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations en collaboration avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et les collectivités des Premières nations : • réduire les risques pour la santé associés à la qualité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations au nord du 60e parallèle.	• Le nombre de responsables de la qualité de l'eau potable dans les collectivités formés par les agents d'hygiène du milieu a doublé et 50 rapports d'analyse de données ont été présentés aux collectivités des Premières nations de la région de l'Alberta. • Le nombre de collectivités ayant un responsable de la qualité de l'eau dûment formé a augmenté de 15 % dans la région du Manitoba. • Le nombre de collectivités ayant directement accès à des trousses de tests de laboratoire a augmenté de 50 % dans la région de l'Atlantique. • Le nombre d'échantillons bactériologiques prélevés a triplé dans la région du Manitoba. • Tous les agents d'hygiène du milieu ont des ordinateurs portatifs qui leur permettent d'accéder à la base de données sur la qualité de l'eau potable. • Trois créneaux de recherche ont été déterminés, avec chacun des besoins et des priorités de recherche particuliers. • Dépenses relatives à la qualité de l'eau : 4 881 200 $
Par l'intermédiaire des SSNA : • améliorer les pratiques de gestion et se conformer davantage aux politiques du programme;	• Le Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des SSNA a été mis en œuvre en avril 2003 pour assurer la prestation de services de transport pour raison médicale à l'échelle nationale.
• élaborer une interface électronique pour les soins dentaires afin de réduire le fardeau administratif et de produire des rapports pour surveiller l'utilisation des services de soins dentaires;	• L'interface électronique pour soins dentaires a été créée et mise à la disposition des fournisseurs de soins dentaires pour leur permettre de soumettre les demandes de remboursement de frais dentaires par voie électronique et en temps réel.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
• évaluer l'efficacité du transfert de la gestion des SSNA aux collectivités des Premières nations et des Inuits - Initiative des projets pilotes;	• Un prolongement de l'initiative des projets pilotes a été accordé jusqu'en 2005 pour faciliter une mise à l'essai plus poussée des projets qui offrent tous les services des SSNA aux participants. Conformément à l'échéancier, une évaluation des arrangements passés et actuels concernant les projets pilotes (y compris des comparaisons avec les éléments du programme ne faisant pas l'objet d'essais) est en cours et sera terminée pendant l'année 2004.
• assurer l'uniformité des prestations pour les soins de la vue.	• La mise en œuvre du cadre des SSNA pour les soins de la vue a été légèrement retardée à l'été 2004 en raison du travail à effectuer pour tenir compte des différences régionales relevées au cours du processus d'élaboration. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les SSNA, visiter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/ssna/index.htm.
Dans le cadre de sa Stratégie de développement durable, Santé Canada s'emploiera à améliorer la santé des Autochtones et la structure de gouvernance au moyen de programmes qui prennent en compte les besoins et les valeurs des collectivités afin d'assurer le développement et la durabilité communautaires : • réduire les effets des risques environnementaux qui touchent les collectivités des Premières nations et des Inuits; • mettre en œuvre des plans de gestion et de transition pour les matériaux dangereux comme l'amiante, les BPC et les substances appauvrissant la couche d'ozone;	• Le Ministère continue à réduire les effets des risques environnementaux sur la santé par les mesures suivantes : diminution des effets néfastes sur l'environnement, mise en œuvre de plans de gestion de l'amiante dans les installations au moyen d'enquêtes sur l'amiante et du retrait et de l'encapsulation de l'amiante jugée dangereuse pour la santé des humains. • Santé Canada a poursuivi l'évaluation des installations pour détecter la présence de BPC et a remplacé tous les ballasts à faible rendement et ceux contenant des BPC par des systèmes d'éclairage à faible consommation d'énergie, favorisant ainsi un milieu sûr et un haut rendement énergétique.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
• remplacer tous les transformateurs contenant des BPC et enlever tous les ballasts contenant des BPC dans les établissements hospitaliers, conformément au projet de règlement en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*.	• Santé Canada a continué son évaluation auprès de 81 des installations les plus susceptibles d'avoir de l'équipement contenant des substances destructrices de la couche d'ozone, de l'amiante ou des ballasts contenant des BPC. Santé Canada a également continué à remplacer tous les ballasts à faible rendement et ceux contenant des BPC par des systèmes d'éclairage à faible consommation d'énergie, favorisant ainsi un milieu sûr et un haut rendement énergétique dans trois hôpitaux.

Priorité 3 : Coopérer et collaborer avec les collectivités des Premières nations et des Inuits, les provinces, les territoires et les fournisseurs de services pour moderniser le système de santé et l'adapter aux besoins des Premières nations et des Inuits

Santé Canada s'est efforcé d'améliorer les résultats relatifs à la santé des Premières nations et des Inuits, en coopérant et en collaborant avec les provinces, les territoires, les associations professionnelles de la santé, les organisations non gouvernementales, les organisations autochtones et le milieu de la recherche en santé pour établir des partenariats solides aux échelons national, régional et communautaire, afin de réduire l'écart entre les Autochtones et les Canadiens non autochtones grâce à une meilleure intégration des services.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Élaborer un modèle de soins de santé primaires pour étendre la collaboration et accroître l'intégration des services de santé dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Le modèle aura les caractéristiques suivantes : • il sera axé sur les questions de langue, de culture, d'éloignement et de compétence administrative qui influent sur la prestation des soins de santé primaires; • il définira les services de santé de base que les divers gouvernements et organismes doivent offrir aux collectivités.	• Avec l'aide du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Santé Canada a amorcé l'initiative d'intégration des services de santé, qui vise à explorer, à élaborer er à analyser des modèles pour une meilleure intégration des services de santé offerts aux Premières nations et aux Inuits. L'objectif global est d'améliorer l'accès aux services ainsi que leur qualité, de faire une meilleure utilisation des capacités existantes, de créer des économies d'échelle, de répondre aux besoins prioritaires des collectivités et de fournir aux Premières nations et aux Inuits ainsi qu'aux partenaires provinciaux et territoriaux des solutions qui seront avantageuses pour tous.
Les éléments à traiter comprennent les protocoles d'entente entre les fournisseurs et les établissements, l'échange de renseignements et la télésanté, la gestion de cas et les équipes multidisciplinaires de professionnels de la santé aux échelons régional et communautaire, et le rôle de ces équipes dans la planification du moyen le plus efficace pour offrir les services de santé.	• Santé Canada a signé des ententes avec deux collectivités des Premières nations pour mettre en place des projets d'intégration en partenariat avec l'autorité régionale et le gouvernement provincial ou territorial concernés. Des ententes tripartites seront signées avec d'autres collectivités des Premières nations et des Inuits l'année prochaine. • Le Ministère poursuit l'analyse et la définition de modèles de soins de santé primaires pour les Premières nations et les Inuits. Les activités comprennent notamment : l'analyse des politiques provinciales-territoriales de soins de santé primaires, y compris des modèles d'amélioration de la qualité et de leurs liens avec le système de santé des Premières nations et des Inuits; des discussions avec des intervenants des Premières nations et des Inuits pour déterminer les options relatives à une approche d'amélioration de la qualité; le soutien de l'amélioration continue de la qualité par l'accréditation au sein du système de santé des Premières nations, et la coordination dans le but d'intégrer l'amélioration de la qualité et la planification de la santé à l'échelle communautaire.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Améliorer la coordination des services dans les collectivités, réduire le fardeau administratif et améliorer l'uniformité des rapports et la reddition de comptes dans l'ensemble des programmes de développement des jeunes enfants (DJE) : • explorer les composantes d'une approche de guichet unique pour les programmes fédéraux de DJE, en collaboration avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) et Développement des ressources humaines Canada (DRHC), par la réalisation d'une analyse de la conjoncture pour les pratiques exemplaires, de projets pilotes et d'un processus de consultation à l'échelle nationale.	• Santé Canada a travaillé avec DRHC et le MAINC afin d'explorer les options relatives à une approche de guichet unique pour la prestation des programmes fédéraux de DJE. • L'analyse de la conjoncture pour neuf programmes a révélé différents degrés d'intégration et de coopération aux échelons local, régional et national. • Les projets pilotes sur la planification communautaire entrepris aux échelons communautaire, tribal et régional ont fourni des renseignements et appris des leçons sur les processus conjoints de planification et d'établissement des priorités. • Les projets pilotes sur les outils d'évaluation ont testé la fiabilité de tels outils ainsi que la faisabilité de l'établissement de résultats ayant des mesures communes. • Le dialogue national sur le DJE a rassemblé plus de 500 intervenants locaux, régionaux et nationaux, notamment des représentants des collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis, des fournisseurs de services de DJE et des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux.
Aider les collectivités à prendre des décisions compatibles avec leurs priorités en santé en continuant à appuyer l'élaboration du Plan de santé communautaire dans huit sites de démonstration pour les collectivités des Premières nations et des Inuits, en vertu d'accords de contribution ou d'ententes intégrées.	• Huit collectivités ont participé au projet des sites de démonstration. • On a procédé à la détermination des besoins et des priorités en santé pour ces huit collectivités. • On prépare des projets pilotes pour terminer les discussions sur la mise en œuvre de nouveaux plans de santé. • Une collectivité a décidé de se retirer du projet en raison de ses capacités insuffisantes et du manque d'appui général de la part des membres de la collectivité.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Intégrer les questions touchant les femmes aux programmes existants et aux nouveaux programmes sur le VIH/sida, tant à l'échelle nationale que régionale : • procéder à l'inventaire des programmes existants.	• Santé Canada a appuyé la Pauktuutit Inuit Women's Association dans l'établissement d'un inventaire national des programmes et des services sur le VIH/sida destinés aux femmes autochtones. Le Ministère a fourni l'accès Internet à un inventaire des services. Pour obtenir de plus amples renseignements ou une copie de l'inventaire, visiter le site : http://www.pauktuutit.ca/main_e.html. Pour obtenir de plus amples renseignements généraux sur le VIH/sida et d'autres initiatives autochtones, visiter le site de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/index.html/
Réduire le fardeau administratif des collectivités des Premières nations et des Inuits et améliorer l'efficacité de la prestation des services : • offrir un guichet unique pour l'accès aux programmes et aux services de santé fédéraux dans le cadre de l'Initiative de mieux-être dans les territoires.	• Santé Canada a continué à offrir un guichet unique pour la prestation des programmes de promotion de la santé et de prévention des blessures dans les trois territoires; il a également continué à travailler à la diminution du fardeau administratif pour ses partenaires afin d'améliorer l'efficacité de la prestation des services.

Priorité 4 : Améliorer la gestion de l'information et du savoir afin d'améliorer la prestation des services et des programmes de soins de santé

L'harmonisation des besoins opérationnels et des exigences de la prestation des services de santé avec les technologies de l'information et des communications pose un certain nombre de défis à Santé Canada. Une approche stratégique et intégrée est essentielle au Ministère pour élaborer une solide infrastructure de gestion de la santé et de l'information en santé. Dans le cadre de l'initiative Gouvernement en direct, Santé Canada a élaboré, et entrepris de mettre en œuvre, le dossier électronique de santé pour les soins à domicile et le traitement des toxicomanies et du diabète afin d'aider à améliorer la gestion de la clientèle, la prestation de services, l'information sur les programmes et l'accès aux renseignements sur la santé. Le Ministère a travaillé en collaboration avec ses partenaires pour élaborer un cadre stratégique de cybersanté visant à appuyer et à orienter la mise en œuvre et l'utilisation des technologies de l'information et des communications pour la prestation des services et des programmes de santé aux Premières nations et aux Inuits.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Aider à améliorer la gestion de la clientèle, la prestation de services, l'information sur les programmes et l'accès aux renseignements sur la santé : • terminer l'élaboration et la mise en œuvre du dossier électronique de santé pour les soins à domicile et le traitement des toxicomanies et du diabète dans 21 collectivités.	• Dans le cadre de l'initiative Gouvernement en direct, Santé Canada poursuit l'élaboration et la mise en œuvre d'applications électroniques pour les soins à domicile et le traitement des toxicomanies et du diabète. • L'application pour les soins à domicile sera déployée dans 21 collectivités ciblées au cours de l'automne 2004 et celle pour le traitement des toxicomanies, dans 14 collectivités au cours de la même période.
Connecter les fournisseurs de soins, les patients et les gouvernements, former et renseigner les professionnels de la santé, les gestionnaires et les consommateurs, et améliorer la gestion du système de santé. Les satellites et les réseaux permettront l'accès à des applications électroniques de santé, à des courriels et à des portails sur la santé, en plus de permettre la connexion de quelque 1 000 professionnels de la santé : • créer et définir un cadre stratégique de cybersanté; • raccorder jusqu'à 145 sites des Premières nations et des Inuits à une infrastructure de réseau à satellite et de réseau local.	• Santé Canada a poursuivi son travail avec les Premières nations du Canada et le personnel régional afin de créer et de définir un cadre stratégique de cybersanté. • Au total, 148 sites des Premières nations et des Inuits ont été connectés à l'aide d'un satellite bidirectionnel et 86, à l'aide de réseaux locaux sans fil. En ce qui concerne le projet de télésanté des Premières nations de l'Alberta, 41 sites ont été connectés dans le cadre de l'initiative Gouvernement en direct. • En collaboration avec le Système canadien intégré de santé publique, Santé Canada met à l'essai un système Internet d'information de santé publique comme solution en soins de santé primaires, pour commencer l'intégration avec les systèmes provinciaux. Une formation en ligne sur la protection des renseignements personnels a été offerte et largement utilisée dans les régions et les collectivités.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Par l'intermédiaire du Programme des carrières pour les Autochtones dans le domaine de la santé, continuer à soutenir financièrement les étudiants inuits et des Premières nations qui désirent faire des études de niveau postsecondaire, et soutenir les établissements d'enseignement postsecondaire qui aident ces étudiants dans leurs études en vue d'une carrière en santé.	• En partenariat avec la Fondation nationale des réalisations autochtones, Santé Canada a continué à offrir le Programme des carrières pour les Autochtones dans le domaine de la santé, dans le but de constituer et de maintenir un effectif adéquat de professionnels de la santé qualifiés. • Au total, 137 étudiants ont reçu un financement pour poursuivre leurs études dans le domaine de la santé. Il s'agit du nombre moyen d'étudiants qui reçoivent des bourses chaque année. • Santé Canada a également travaillé avec la Canadian Aboriginal Science and Technology Society pour créer un site Web donnant de l'information aux étudiants en sciences et en technologie sur les possibilités d'études et de carrières. Pour obtenir de plus amples renseignements, visiter le site : http://www.casts.ca/ • Dépenses relatives aux carrières dans le domaine de la santé : 2 885 100 $
Obtenir davantage de renseignements sur l'incidence, la fréquence, les complications et les taux de mortalité associés au diabète chez les Premières nations, les Inuits et les Métis : • participer à la mise au point du Système national de surveillance du diabète (SNSD) en vue de recenser les Autochtones enregistrés dans les systèmes provinciaux et territoriaux d'information sur la santé; • élaborer un module sur le diabète dans le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits.	• Le groupe de travail autochtone du SNSD a poursuivi son travail d'établissement de liens en vue de recueillir des données sur le taux de diabète chez les Autochtones. Des ententes pour le couplage des données ont été conclues avec les Premières nations de la Colombie-Britannique ainsi qu'avec les Cris de la Baie James dans le nord du Québec; les négociations continuent avec plusieurs autres groupes. • L'élaboration d'un module sur le diabète pour l'application électronique des SDMC est maintenant terminée. Bon nombre de Premières nations servies par les SDMC ont le diabète : le module permettra une meilleure planification de la gestion de cette maladie.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Assurer une approche cohérente pour la validation des services de transport pour raison médicale des SSNA et pour l'examen de l'utilisation des services : • élaborer un Système d'information sur le transport pour raison médicale en vue d'effectuer un suivi de l'utilisation et des dépenses associées à ces transports; • mettre en place un cadre de vérification national sur le transport pour raison médicale.	• Santé Canada a élaboré, puis perfectionné, un système électronique d'information sur le transport pour raison médicale. Le Ministère procède actuellement à sa mise en œuvre dans le Programme des SSNA, en collaboration avec les partenaires du programme. • La vérification des accords de contribution concernant le transport pour raison médicale a été intégrée au cadre de vérification des contributions de la DGSPNI, qui assure une approche cohérente pour l'examen de l'utilisation des services et du paiement des services aux termes d'accords de contribution. Ceci représente 53 % des dépenses des SSNA relatives au transport pour raison médicale.

Priorité 5 : Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de responsabilisation efficaces qui amélioreront les pratiques de gestion de Santé Canada et des collectivités des Premières nations et des Inuits

Le Ministère appliquera les principes de diligence raisonnable et de reddition de comptes au public en mettant en place des outils et des mécanismes visant à évaluer le progrès et à rendre compte des résultats. Ceci comprend l'établissement de mesures du succès claires et la mise en œuvre de modèles de responsabilisation efficaces pour les programmes et les services de santé des Premières nations et des Inuits. En ce qui a trait à la santé des Premières nations et des Inuits, la reddition de comptes et la responsabilité sont réparties entre de multiples administrations, les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que les collectivités des Premières nations et des Inuits. La mise en œuvre de solides pratiques et principes de gestion et de responsabilisation axées sur les résultats assure au Ministère une continuité dans l'apprentissage, l'amélioration et la prestation de services et de programmes de santé plus efficaces et plus efficients. Les vérifications et les évaluations ministérielles, les analyses du vérificateur général, les examens parlementaires et les normes de plus en plus élevées qui régissent les rapports sur le rendement renforcent l'obligation de faire état de résultats et d'assurer l'utilisation optimale des ressources.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Effectuer un minimum de 60 vérifications administratives sur place dans le secteur des prestations pharmaceutiques et le secteur des prestations dentaires et 20 vérifications administratives sur place dans le secteur des prestations de fournitures et équipement médicaux en 2004. Un cadre de vérification permettra aux responsables du programme des SSNA d'examiner tous les trois mois les habitudes de facturation de tous les fournisseurs de soins, de choisir des vérifications appropriées et de réduire les risques que le programme des SSNA effectue des paiements non justifiés.	• Au total, 140 vérifications administratives sur place ont été effectuées dans les secteurs des prestations pharmaceutiques, dentaires et de fournitures et équipement médicaux. Un nouveau protocole de vérification concernant les fournisseurs de soins dentaires a été élaboré conjointement par l'Association dentaire canadienne, les autorités de réglementation des soins dentaires et les associations dentaires provinciales, ce qui a permis au programme des SSNA de procéder à des vérifications sur place dans 8 des 13 provinces et territoires. Dans les administrations restantes, l'autorité de réglementation des soins dentaires déterminera la façon de traiter les renvois pour vérification. • Le programme des SSNA concernant la vérification des fournisseurs de soins permet d'effectuer un suivi des habitudes de facturation de tous les fournisseurs afin de réduire les risques de paiements non justifiés.
Faciliter l'administration, l'exécution et la gestion du programme des SSNA en terminant le déploiement de l'initiative du programme des SSNA sur le consentement du client, laquelle vise à obtenir auprès de tous les bénéficiaires du programme l'autorisation formelle d'utiliser leurs renseignements personnels.	• En février 2004, Santé Canada a annoncé une nouvelle approche relativement à l'Initiative de consentement, selon laquelle un formulaire de consentement signé n'est plus nécessaire pour les activités de traitement quotidiennes et l'administration du programme. • Le consentement sera nécessaire dans les situations où la sécurité du client ou l'utilisation adéquate du programme est en cause, par exemple si un mauvais usage de médicament sur ordonnance est découvert. • Dans ces situations, il sera obligatoire d'obtenir le consentement du client avant de communiquer les renseignements personnels aux fournisseurs de soins de santé. Pour obtenir de plus amples renseignements, visiter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna/consentement/avis_urgentfev.htm.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
Continuer de donner suite aux recommandations du Comité des comptes publics et du Bureau du vérificateur général relativement à la santé des Premières nations et des Inuits, par exemple en élaborant un plan d'évaluation complet pour l'ensemble des programmes qui offrent des subventions et des contributions, en vue de renouveler les autorisations financières et de maximiser l'efficacité des programmes.	• Un plan d'évaluation complet a été élaboré; on procède actuellement à sa mise en œuvre. • Les évaluations du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves et du programme sur le VIH/sida sont terminées. Les rapports n'ont pas reçu l'approbation finale; cependant, les programmes ont commencé la mise en œuvre des plans d'action issus de ces évaluations. • Une évaluation intérimaire de la stratégie globale de guérison des Innus du Labrador a été effectuée en 2003. Menée par le MAINC, l'évaluation a montré que de nouveaux programmes de santé ont été mis en œuvre rapidement pour faire face à la crise sociale dans les collectivités de Natuashish et de Sheshatshiu au Labrador. Elle a également montré que des efforts additionnels devaient être déployés afin de pleinement mettre en œuvre l'initiative de Santé Canada et de renforcer la collaboration avec les collectivités innues du Labrador. Santé Canada a élaboré un plan d'action pour répondre à ces recommandations.
Continuer d'élaborer des indicateurs de programme et de mettre au point une stratégie de gestion du rendement conformes aux recommandations du Comité d'établissement des indicateurs de rendement.	• La portée de la stratégie de gestion du rendement a été déterminée, le plan d'action est actuellement mis en œuvre. • Des modèles logiques et des stratégies de mesure du rendement ont été élaborés dans le cadre de l'initiative de renouvellement des autorisations.
Effectuer des vérifications des contributions ministérielles.	• Santé Canada a procédé à 50 vérifications d'accords de contribution avec les Premières nations et les Inuits; parmi celles-ci, 25 ont reçu l'approbation finale du Ministère et 25 sont en examen. • Lorsqu'une vérification de contribution aux Premières nations et aux Inuits a été approuvée, le sommaire est affiché sur le site Web à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fnib-dgspni/dgspni/pga/rapports_verification/index.htm.

Résultat stratégique :

Amélioration de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer les décisions en santé

Rendement du Canada -
Thème et question horizontale :
Santé - Système de santé solide

Objectif :

Un système de santé qui produit de meilleurs résultats par l'utilisation plus efficace des technologies de l'information, l'augmentation du volume et de la qualité des recherches en santé, et l'utilisation efficace d'information et d'analyse sur la santé produites en temps opportun, accessibles et fiables, favorisant la prise de décisions fondées sur des données probantes et une meilleure responsabilisation devant le public.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2003-2004	Total des crédits autorisés en 2003-2004	Dépenses réelles en 2003-2004
Dépenses nettes	82,9	770,8	767,1*

*Cette somme représente 18,7 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est essentiellement attribuable aux éléments suivants :

- financement de 600 millions de dollars pour verser une subvention législative à Inforoute Santé du Canada Inc.;
- financement de 70 millions de dollars pour verser une subvention législative à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- financement pour améliorer l'accès des minorités de langue officielle aux services de santé.

Les dépenses réelles sont inférieures de 3,7 millions de dollars aux crédits autorisés, principalement pour les raisons suivantes :

- surestimation des ressources nécessaires pour éliminer progressivement les activités du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS);
- rajustements de fin d'exercice des dépenses du ministère de la Justice;
- non-utilisation de fonds dans divers programmes.

Résultats intermédiaires

- Politiques et programmes de santé améliorés
- Meilleures décisions en santé et meilleurs services de santé
- Programmes ministériels plus efficients

Résultats immédiats

- Meilleure compréhension des questions liées à la santé et meilleur rendement du système de santé
- Utilisation accrue des cybertechnologies dans le secteur de la santé
- Services de gestion de l'information, de technologie de l'information et de gestion du savoir (GI/TI/GS) plus fiables

Priorités

- Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé
- Accroître l'accès aux données probantes relatives à la santé qui servent à prendre les décisions et à rendre des comptes au public
- Établir une stratégie ministérielle pour la gestion de l'information et la technologie de l'information

Résumé

Ce résultat stratégique concerne deux grands secteurs. Une partie des ressources permanentes sert à soutenir les systèmes GI/TI/GS essentiels du Ministère. En 2003-2004, des ressources ont été ciblées de manière à rentabiliser au maximum l'ensemble des investissements dans les systèmes.

L'autre secteur concerné est l'ensemble des mesures prises pour donner suite à l'engagement du gouvernement à accroître l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le système de santé et, parallèlement, à

Demandes de pages Web pour la recherche d'information en santé, 2003-2004

Sites Web d'information en santé	Demande de pages Web (en millions)
Santé Canada	125*
ICIS	0,8
Portail canadien sur la santé	3,9**
Statistique Canada - indicateurs de la santé	1,75
Statistique Canada - tableaux sur la santé	0,1***

Source : Bureau de la santé et l'inforoute, Santé Canada; Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada

* Période janvier-décembre 2003

** Visites de sites

*** Période avril-juin 2003

faciliter la production de données probantes et leur utilisation optimale pour la prise de décision, la mesure du rendement et la reddition de comptes. Tous ces éléments sont mentionnés aussi bien dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé que dans le Budget de 2003 et dans les recommandations des rapports Romanow et Kirby car ils sont jugés essentiels à l'obtention de résultats positifs par le système de santé et à une meilleure reddition de comptes aux Canadiens.

En général, nous avons atteint ou dépassé nos objectifs en investissant substantiellement dans les initiatives mises en oeuvre par nos partenaires du pays afin d'accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé. La plupart de ces initiatives visaient à soutenir le dossier électronique de santé, à mettre à l'essai des solutions de télésanté ou à offrir l'accès en ligne à l'information en santé. De nombreuses preuves de succès ont été obtenues, comme le fait que les systèmes de santé des provinces et des territoires et ceux des Premières nations et des Inuits ont intégré à leurs opérations normales de nombreuses initiatives pilotes de technologie de l'information à mesure que celles-ci se révélaient intéressantes. Les sites Web d'information en santé ont connu un débit intense tout au long de l'année, ce qui témoigne d'une importante demande d'information en santé de la part des Canadiens. Santé Canada continue à travailler avec ses partenaires, notamment Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, pour améliorer la qualité des données et des renseignements en matière de santé disponibles au Canada. On peut citer comme autre exemple de progrès le nombre grandissant de visites au Portail canadien sur la santé et de commentaires positifs sur ce site, point d'accès à l'information en santé mis en place dans le cadre du projet Gouvernement en direct.

En soutenant la production de données et de renseignements en matière de santé, nous avons contribué à enrichir le contenu des sites Web d'information en santé en 2003-2004. De plus, en menant et en finançant des travaux de recherche sur la politique et l'administration de la santé, en prenant part aux processus gouvernementaux de publication de rapports sur le rendement du système de santé et en améliorant le Cadre de gestion du rendement du Ministère, nous avons aidé à enrichir le fonds de données probantes qui permet aux Canadiens de faire des choix éclairés et d'être mieux informés des résultats des programmes.

Sommaire du rendement par priorité

Priorité 1 : Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé

Les rapports Romanow et Kirby ont souligné l'importance de la gestion de l'information et du savoir en santé pour l'apport de changements au système de santé. L'infrastructure de l'information joue un rôle crucial en permettant aux Canadiens de tirer pleinement parti de l'information et des données probantes disponibles pour prendre des décisions éclairées en matière de santé. Dans cette optique, Santé Canada s'est efforcé, de concert avec ses nombreux partenaires, parmi lesquels les provinces et les territoires et Inforoute Santé du Canada Inc. (*Inforoute*), d'accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé. Le Ministère a concentré ses efforts dans certains domaines, notamment le dossier électronique de santé (DES), la télésanté et l'information au public, ainsi que sur diverses questions connexes, comme la collaboration entre partenaires pour l'élaboration d'un cadre de protection des renseignements personnels du DES.

Il semble que les efforts déployés pour accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé portent fruit. Par exemple, le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), initiative quinquennale de 80 millions de dollars financée par Santé Canada et d'autres partenaires, dont les provinces et diverses organisations à but lucratif ou non lucratif, visait à encourager la collaboration, l'innovation et le renouvellement dans les soins de santé par le recours aux technologies de l'information modernes. Le succès de ce programme, qui a pris fin en mars 2004 avec la mise en oeuvre de 24 projets d'envergure dans l'ensemble du pays, est attesté par le fait que de nombreuses innovations faisant l'objet de projets de validation de conception ont été adoptées à titre permanent par les organisations participantes. Les résultats d'évaluation confirment cette réussite. Le maintien du financement d'*Inforoute* (100 millions de dollars en 2003-2004) et le transfert à cette société de la responsabilité de l'initiative du DES ont aidé à promouvoir l'initiative et permis au Ministère de se concentrer sur d'autres questions connexes, comme la collaboration avec ses partenaires pour l'élaboration d'un cadre visant à protéger les renseignements personnels du DES.

Le nombre accru de visiteurs du Portail canadien sur la santé constitue une autre marque de succès. En 2003-2004, le PCS a été visité chaque mois par 3 908 personnes de plus que l'exercice précédent, soit une hausse de 33 %, preuve que cet investissement de 700 000 $ par année incite les Canadiens à chercher l'information en santé. Tout indique, dans l'ensemble, que ces initiatives aident à accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Inforoute Santé du Canada Inc.	
• Le Ministère participe à l'élaboration du télédossier de santé en offrant un appui à Inforoute Santé du Canada Inc.	• Le Budget 2004 contenait un engagement de 100 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada Inc. (*Inforoute*) en vue de la création d'un système pancanadien de surveillance de la santé. • *Inforoute* travaille à l'élaboration du DES, outil essentiel à la modernisation du système de santé canadien et utile pour la réforme envisagée, à savoir l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la viabilité, et poursuit l'élaboration des applications de télésanté nécessaires à l'amélioration des soins offerts dans les régions rurales et éloignées. http://infoway-inforoute.ca/

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
	• Le nouvel investissement dans *Inforoute* vise la mise au point d'une approche pancanadienne en matière de surveillance de la santé pour la gestion des maladies infectieuses, et, le cas échéant, l'intégration de cette surveillance à l'architecture du DES et à l'infostructure de la santé.
Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS)	Au total, 29 projets à coûts partagés ont été financés par l'entremise du PPICS, programme de contributions de 80 millions de dollars. Les deux tiers des projets portaient sur la télésanté et le tiers, sur le DES ou sur la télésanté et le DES combinés. Pour des précisions sur ces projets, visiter : http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/about_apropos/chipp-ppics/proj/projti_e.html.
• Le PPICS disparaîtra en mars 2004 lorsque prendra fin la mise en oeuvre de 29 projets majeurs dans le pays, portant la plupart sur la télésanté et quelques-uns sur le télédossier de santé. L'évaluation de ces projets suivra immédiatement.	• La plupart des projets ont été financés conjointement avec les provinces et les territoires, et certains avec des établissements vouées à la santé. • Les évaluations des projets et du programme ont révélé une amélioration de la qualité des services et une efficience accrue de la prestation. Des améliorations ont été notées particulièrement pour les habitants des régions rurales et éloignées et les collectivités des Premières nations et des Inuits. • Après la disparition du PPICS, les projets ont continué à recevoir un financement de la province ou du territoire ou ont été fusionnés à des programmes de télésanté pourvus en fonds - autre indication de leur succès.
Portail canadien sur la santé (PCS)	Le PCS (http//chp-pcs.gc.ca/index.jsp) est visité chaque mois par quelques 18 000 personnes, comparativement à 15 608 en 2003-2004 et à 11 700 en 2002-2003. Les commentaires des visiteurs sont positifs.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation (suite)

Engagements du RPP	Situation
• Le Portail canadien sur la santé (PCS) a été lancé sur Internet en 2002, dans le cadre de l'initiative Gouvernement en direct. Le succès du PCS comme source d'information en santé pour les Canadiens sera évalué en 2003-2004, à partir des critères suivants : nombre de visiteurs du site, nombre et type de questions, commentaires faits par les visiteurs, demandes de précisions sur le PCS, demandes d'adhésion au réseau du site de la part d'autres fournisseurs d'information en santé. • http://hc-sc.gc.ca/english/achieving_gol.html	• Le PCS a été mentionné dans le *Accenture e-Government Report* d'avril 2004 pour le nombre élevé de visites dès les premières années, et nous avons été invités à commenter le succès du Portail dans le cadre de diverses tribunes. • Le PCS coûte environ 700 000 $ annuellement. • L'équipe du PCS a collaboré avec celle du Site Web Jeunesse de Gouvernement en direct afin de mieux répondre aux attentes des Canadiens, apportant la preuve qu'un groupe représentatif de la population ciblée et un groupe formé en fonction du sujet visé peuvent travailler ensemble pour répondre aux besoins de certains clients, en l'occurrence les jeunes. Le PCS a, par la suite, pris des arrangements semblables avec d'autres groupes. • Le PCS collabore aussi avec la province de l'Ontario, la ville de Toronto et la province du Manitoba pour offrir à la population une information en santé plurigouvernementale, plus homogène et mieux intégrée.

Priorité 2 : Accroître l'accès aux données probantes relatives à la santé qui servent à prendre les décisions et à rendre des comptes au public

Un processus décisionnel éclairé est essentiel pour accroître l'efficience et l'efficacité du système de santé et améliorer la reddition des comptes. Le Ministère s'efforce de mieux fonder le processus décisionnel du système de santé en produisant des renseignements utiles pour les décideurs et en rendant ces renseignements plus accessibles, au moyen de systèmes d'information et de données, de rapports de recherche et de partenariats. Il utilise aussi des indicateurs de rendement pour aider à mesurer l'utilité de l'information communiquée aux décideurs et pour améliorer les rapports présentés aux Canadiens. Par exemple, lors d'une récente enquête de base auprès de la clientèle, tous les répondants ont dit utiliser le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* (voir tableau ci-dessous) à diverses fins; 57 % ont déclaré qu'ils s'en servaient comme référence et 36 %, comme outil d'analyse et d'élaboration de politiques.

De même, en 2003-2004, le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé (PRPS) a versé 2 091 323 $ sous forme de contributions pour la réalisation de projets comme les suivants : Indicateurs de la santé des femmes (nouvelle recherche), Vulnérabilités des enfants aux risques environnementaux, Innocuité microbienne des aliments et Réglementation dans un monde en évolution. Bien qu'il soit trop tôt pour examiner l'impact des travaux de recherche réalisés

avec l'aide du PRPS, les premiers résultats d'une évaluation récente confirment que ce programme offre une capacité ministérielle de recherche en politiques tout à fait unique et que le processus d'établissement des priorités a permis le choix de thèmes de recherche pertinents pour Santé Canada.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Publication du Bulletin de recherche sur les politiques de santé et des Documents de travail sur la recherche en politiques.	
• Le Ministère prévoit la publication de trois Bulletins et de cinq Documents de travail en 2003-2004, et une enquête auprès des lecteurs pour déterminer l'influence de ces publications sur les programmes et les politiques.	• Des Bulletins ont été rédigés sur la résistance aux antimicrobiens, les approches complémentaires et parallèles en santé et les ressources humaines en santé. http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/bulletin.html • Des documents de travail ont été publiés sur la définition et la mesure du capital social comme déterminant de la santé. http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html • Selon les résultats des sondages auprès des lecteurs, ces documents sont jugés pertinents et de haute qualité, et on s'en sert pour formuler les recommandations à l'intention de la haute direction, élaborer les politiques et planifier la recherche. • On a diffusé dix rapports portant sur des projets de recherche qui visaient les politiques et rejoignaient les priorités ministérielles retenues par le PRPS aux fins du financement.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	
• Santé Canada continuera à soutenir la production et la diffusion de données sur la santé à l'intention du public et des professionnels. • Le Carnet de route fera l'objet d'une évaluation par un tiers, qui portera sur les quatre premières années de fonctionnement. L'évaluation se terminera d'ici septembre 2003.	• Le Carnet de route de l'information sur la santé a financé (à raison de 70 millions de dollars en 2003-2004) plusieurs grandes activités de Statistique Canada et de l'ICIS visant l'information en santé, dont le Cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'un des principaux outils d'enquête en matière de santé de la population qui éclairent les questions liées à la santé mentale au Canada. L'évaluation des premières activités du Carnet de route de l'information a pris fin en octobre 2003; le rapport est disponible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/finalreportOct9execsum_e.pdf.
Améliorer l'analyse des questions de santé et la capacité de Santé Canada de prendre des décisions éclairées en politique de santé.	
• Le Ministère se concentrera sur l'acquisition de données et la création de bases de données en vue d'élaborer des modèles pour les produits pharmaceutiques, l'assurance-médicaments et les ressources humaines. • Les employés disposeront également d'un meilleur accès aux données sur la santé et aux données socio-économiques du Ministère grâce à un système de données et d'information sur le Web.	• Le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé a diffusé des demandes de propositions pour les sujets de recherche suivants : Indicateurs de la santé des femmes, Vulnérabilités des enfants aux risques environnementaux, Innocuité microbienne des aliments et Réglementation dans un monde en évolution. • À l'automne 2003, on a commencé à déployer un système de données et d'information Web dans l'ensemble du Ministère. Un nombre croissant d'analystes de Santé Canada ont accès à une base de données plus solide pour élaborer des politiques et des programmes de santé améliorées.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Améliorer la qualité des données et des systèmes de données en collaboration avec les responsables provinciaux et territoriaux pour rendre compte du rendement du système de santé en fonction d'indicateurs comparables.	
• En collaboration avec ses partenaires, le Ministère établira un plan pour apporter les améliorations d'ici 2004.	• Conformément aux plans établis, la deuxième série de rapports fédéraux-provinciaux-territoriaux sur le rendement du système de santé en fonction d'indicateurs comparables sera publiée en novembre 2004. Depuis la publication des rapports 2002, Santé Canada s'est efforcé d'améliorer la qualité de ses données et systèmes de données, et le Ministère a la certitude que les nouvelles mesures établies permettront de répondre aux exigences des vérificateurs concernant l'assurance de la qualité.
Cadre de gestion du rendement de Santé Canada	
• À partir du prochain Rapport ministériel sur le rendement, Santé Canada rendra compte de son rendement général en utilisant les indicateurs de rendement de son Cadre de gestion du rendement.	• Depuis deux ans, Santé Canada joint à son Rapport sur le rendement une annexe électronique sur les indicateurs de l'état de santé des Canadiens. Le présent Rapport sur le rendement est le premier à contenir certaines statistiques. Des données sur le rendement en 2003-2004 sont disponibles pour de nombreux indicateurs du Cadre de gestion du rendement. Les lacunes ont été relevées, et on élabore des plans en vue de les combler.

Priorité 3 : Établir une stratégie ministérielle pour la gestion de l'information et la technologie de l'information

Pour offrir ses programmes et services de façon efficiente et efficace, Santé Canada doit renforcer la gestion des technologies de l'information et des communications pour qu'elles soient adéquates et le plus fiable et rentable possible. Des études récentes ayant mis en évidence la nécessité de mieux administrer la gestion de l'information, la technologie de l'information et la gestion du savoir (GI/TI/GS), le Ministère a effectué un examen des dépenses, précisé les responsabilités de l'autorité fonctionnelle en matière de GI/TI et renforcé la gouvernance dans le domaine.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et situation

Engagements du RPP	Situation
Gestion et utilisation efficaces et efficientes de l'information et des technologies de l'information et des communications	
• Le Ministère renforcera, au cours des deux prochaines années, sa gestion de l'information et de la technologie de l'information et des communications. Il se penchera également sur les questions de planification et d'attribution des ressources ayant une importance particulière pour l'efficacité et l'efficience.	• Le Ministère a entrepris un vaste examen des dépenses de GI/TI, qui a donné lieu à plusieurs recommandations de réaffectation des ressources en vue d'une efficacité et d'une efficience accrues. De plus, le Ministère élaborera une stratégie prospective en matière de GI/TI, d'ici la fin de 2004-2005.

Résultats stratégiques:

Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada

Objective

Offrir un soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'application de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

Information financière

En millions de dollars	Dépenses prévues en 2003-2004	Total des crédits autorisés en 2003-2004	Dépenses réelles en 2003-2004
Dépenses brutes	192,0	291,4	274,9
Recettes prévues	-0,7	-0,7	-0,5
Dépenses nettes	191,3	290,7	274,4*

* Cette somme représente 6,7 % des dépenses réelles du Ministère.

L'écart entre les dépenses prévues et les crédits autorisés est principalement attribuable aux éléments suivants :

- financement de 25 millions de dollars en vue de verser une subvention législative à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS);
- financement pour aider à la construction et à la rénovation d'installations dans les réserves des Premières nations;
- financement en vue de payer les coûts marginaux associés aux interventions d'urgence pour le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le virus du Nil occidental (VNO) et les conséquences pour la santé humaine de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB);
- nouveau financement pour des activités d'ordre ministériel visant à offrir un soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada.

Les dépenses réelles sont inférieures de 16,3 millions de dollars aux crédits autorisés, principalement pour les raisons suivantes :

- mise en réserve de fonds pour financer les coûts marginaux du régime de prestations aux employés;
- surestimation des ressources nécessaires pour le SRAS et le VNO;
- rajustements de fin d'exercice des dépenses du ministère de la Justice;
- non-utilisation de fonds dans divers programmes.

Priorités

- Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada au moyen de pratiques de gestion saines, notamment par l'exécution efficace des programmes de Santé Canada dans les régions et leur adaptation aux besoins locaux.
- Améliorer la capacité du Ministère de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser de solides données scientifiques pour appuyer la prise de décisions fondée sur des données probantes et, ce faisant, de maximiser les résultats de santé et de minimiser les risques pour la santé des Canadiens.

Sommaire

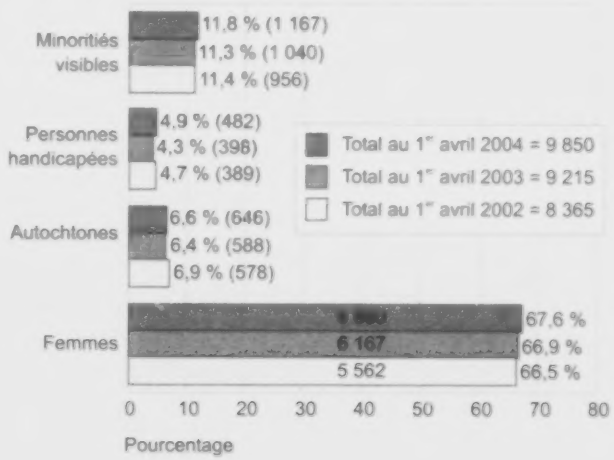
La réussite des programmes de Santé Canada repose en partie sur un ensemble de services essentiels, qui soutiennent les activités du Ministère et aident à tenir les engagements relatifs aux programmes et aux lois mis en évidence dans le présent rapport. Santé Canada continue de mettre l'accent sur l'amélioration des pratiques de gestion et des fonctions de soutien essentielles. Nous soulignons constamment l'importance des valeurs et de l'éthique de la fonction publique afin que la manière dont nous servons les Canadiens soit plus responsable et plus transparente. Ce résultat stratégique comprend également les efforts du Ministère visant à maximiser la portée et l'efficacité de la prestation régionale des services, à poursuivre le renforcement des capacités en matière de sciences et de recherche, et à traiter les priorités en matière de santé des communautés minoritaires de langue officielle du Canada.

En 2003-2004, nous avons généralement atteint ou dépassé les objectifs associés à ce résultat stratégique, y compris ceux qui concernent la Stratégie de développement durable de Santé Canada. Bien que la majeure partie du travail consistait à exécuter les importantes activités permanentes qui soutiennent les opérations du Ministère, nous avons particulièrement mis l'accent sur les aspects humains de la gestion moderne. En fait foi notre nouvelle Initiative sur la santé en milieu de travail et la modernisation des ressources humaines, qui propose une approche holistique de la santé en milieu de travail et de la culture organisationnelle, y compris pour certaines questions comme la représentativité de l'effectif et le recrutement du personnel. Notre nouveau

Représentation des groupes visés par l'équité en matière d'emploi

Le nombre de membres de groupes désignés aux fins de l'équité en matière d'emploi (EE) augmente depuis le 1er avril 2002. On observe l'augmentation la plus importante chez les personnes handicapées (24 %), et la plus faible chez les Autochtones (12 %). Dans la dernière année, des efforts considérables ont été investis pour éliminer la sous-représentation des personnes handicapées.

Santé Canada s'est fermement engagé à promouvoir un milieu de travail propice qui favorise les valeurs liées à l'égalité dans l'emploi, qui est exempt de harcèlement ou de discrimination et qui incite les employés à donner leur plein potentiel.



Priorités

- Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada au moyen de pratiques de gestion saines, notamment par l'exécution efficace des programmes de Santé Canada dans les régions et leur adaptation aux besoins locaux.
- Améliorer la capacité du Ministère de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser de solides données scientifiques pour appuyer la prise de décisions fondée sur des données probantes et, ce faisant, de maximiser les résultats de santé et de minimiser les risques pour la santé des Canadiens.

Sommaire

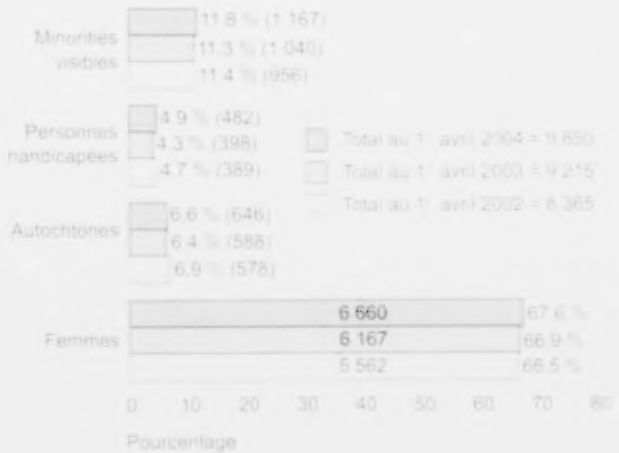
La réussite des programmes de Santé Canada repose en partie sur un ensemble de services essentiels, qui soutiennent les activités du Ministère et aident à tenir les engagements relatifs aux programmes et aux lois mis en évidence dans le présent rapport. Santé Canada continue de mettre l'accent sur l'amélioration des pratiques de gestion et des fonctions de soutien essentielles. Nous soulignons constamment l'importance des valeurs et de l'éthique de la fonction publique afin que la manière dont nous servons les Canadiens soit plus responsable et plus transparente. Ce résultat stratégique comprend également les efforts du Ministère visant à maximiser la portée et l'efficacité de la prestation régionale des services, à poursuivre le renforcement des capacités en matière de sciences et de recherche, et à traiter les priorités en matière de santé des communautés minoritaires de langue officielle du Canada.

En 2003-2004, nous avons généralement atteint ou dépassé les objectifs associés à ce résultat stratégique, y compris ceux qui concernent la Stratégie de développement durable de Santé Canada. Bien que la majeure partie du travail consistait à exécuter les importantes activités permanentes qui soutiennent les opérations du Ministère, nous avons particulièrement mis l'accent sur les aspects humains de la gestion moderne. En fait foi notre nouvelle Initiative sur la santé en milieu de travail et la modernisation des ressources humaines, qui propose une approche holistique de la santé en milieu de travail et de la culture organisationnelle, y compris pour certaines questions comme la représentativité de l'effectif et le recrutement du personnel. Notre nouveau

Représentation des groupes visés par l'équité en matière d'emploi

Le nombre de membres de groupes désignés aux fins de l'équité en matière d'emploi (EE) augmente depuis le 1er avril 2002. On observe l'augmentation la plus importante chez les personnes handicapées (24 %), et la plus faible chez les Autochtones (12 %). Dans la dernière année, des efforts considérables ont été investis pour éliminer la sous-représentation des personnes handicapées.

Santé Canada s'est fermement engagé à promouvoir un milieu de travail propice qui favorise les valeurs liées à l'égalité dans l'emploi, qui est exempt de harcèlement ou de discrimination et qui incite les employés à donner leur plein potentiel.



plan d'action sur les valeurs et l'éthique le démontre également.

Nous avons consacré une grande attention à l'amélioration de la reddition de comptes et de la transparence au sein du Ministère dans des secteurs comme la passation de marchés et la gestion des subventions, des contributions et des autres paiements de transfert. À ces fins, une plus grande importance a été accordée à la gestion du risque.

Les activités du Ministère reflétaient également des faits d'actualité générale. Par exemple, les situations d'urgence comme le SRAS et la grippe aviaire nous ont obligé à fournir un soutien important aux directions générales et régions de Santé Canada touchées, pour qu'elles puissent satisfaire aux besoins opérationnels de base, notamment en personnel, en installations et en équipement supplémentaires. Nous avons continué d'appuyer le travail des organisations communautaires qui s'efforcent de répondre aux priorités en santé des communautés minoritaires de langue officielle, conformément aux engagements du gouvernement du Canada à l'égard de ces communautés.

Résumé du rendement par priorités

Priorité 1 : Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada au moyen de pratiques de gestion saines, notamment par l'exécution efficace des programmes de Santé Canada dans les régions et leur adaptation aux besoins locaux.

Pour aider les divers programmes de Santé Canada à atteindre leurs objectifs, tels que mentionnés dans le présent rapport, le Ministère a mis en place un certain nombre de fonctions de soutien qui contribuent à l'amélioration de la qualité des programmes et à l'obtention des résultats. Parmi ces fonctions, on compte une stratégie visant à renforcer la gérance et la reddition de comptes et à améliorer les pratiques de gestion du risque, la création d'un milieu de travail diversifié qui attire les talents nécessaires et qui favorise la santé et le bien-être des employés, la mise en oeuvre de plans d'intervention en cas d'urgence partout au pays, et l'amélioration de l'accès aux services de santé dans les deux langues officielles.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état

Engagements du RPP	État
À cette fin, le Ministère doit :	L'Initiative sur la santé en milieu de travail et la modernisation des ressources humaines (SMTMRH) continue à promouvoir activement la santé et le bien-être des employés ainsi qu'un milieu de travail dynamique qui adopte les valeurs liées à l'équité dans l'emploi, est exempt de harcèlement ou de discrimination, et incite les employés à donner leur plein potentiel afin d'aider le Ministère à remplir sa mission.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
• mettre en place un milieu de travail diversifié qui attire les talents nécessaires et qui valorise et favorise activement la santé et le bien-être des employés	Ce plan d'action comprend six priorités retenues pour le Ministère : leadership et reddition de comptes; modernisation de la gestion des ressources humaines; charge de travail; santé des employés; installations; communications. Les mesures de suivi seront mises en oeuvre sur une période de trois ans. Les principales réalisations accomplies à ce jour sont les suivantes : a) élaboration d'une nouvelle approche pour rendre le processus de dotation plus rapide, plus facile et mieux adapté aux besoins de l'organisation et des employés. Cette initiative a mené à la création de bassins de candidats préqualifiés (BCP), qui permettront aux employés et aux gestionnaires d'économiser du temps et des efforts et leur offriront une plus grande souplesse; b) lancement du projet pilote de programme de cafétéria-santé dans la région de la capitale nationale, qui encourage les employés à faire des choix judicieux en matière de santé. Le déploiement du programme dans le pays devrait se poursuivre au cours de la prochaine année; c) la conception d'une Stratégie nationale de recrutement visant à améliorer la stabilité de l'effectif et à contribuer à l'efficacité globale de l'organisation. Cette stratégie a été élaborée en collaboration avec les intervenants. Elle met l'accent sur quatre principaux éléments afin de résoudre les questions relatives au recrutement au sein de Santé Canada : renouveler l'effectif; cibler des domaines particuliers et les besoins de groupes particuliers; accroître la représentation francophone dans la catégorie scientifique et technologique; et encourager la diversité;

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
	d) la création d'un Réseau de la santé en milieu de travail, où sont représentés toutes les directions générales et toutes les régions ainsi que l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA), afin de faciliter la mise en oeuvre des recommandations énoncées dans le plan d'action sur la SMTMRH. Reconnaissant le lien étroit qui existe entre la santé des employés et leur rendement, le Réseau travaille en étroite collaboration avec les experts en programmes du Ministère afin d'accroître le niveau de sensibilisation dans trois secteurs clés : le renoncement au tabac, la nutrition et l'activité physique; e) pour ce qui est de la priorité concernant la charge de travail, deux mécanismes de communication ont été élaborés afin de partager les résultats de la recherche et de l'analyse contextuelle sur les pratiques exemplaires avec les gestionnaires et les employés du Ministère. Les bulletins *Soyez futés et Pratiques novatrices*, caractérisés par un langage simple et offrant des conseils et des astuces pour venir à bout de la charge de travail, sont publiés par voie électronique au moins cinq fois par année. D'autres ministères et organismes ont communiqué avec le Ministère afin d'obtenir l'accès à ces deux produits. L'éclosion du SRAS a généré un besoin urgent d'augmenter le nombre d'infirmières et de médecins agissant comme agents de quarantaine dans les aéroports et les ports, besoin auquel on a pu répondre rapidement.
• mettre en oeuvre un plan d'action pluriannuel axé sur les valeurs et l'éthique	Le plan d'action général pluriannuel axé sur les valeurs et l'éthique a été élaboré à partir de recherches rigoureuses et des résultats d'un dialogue sur les valeurs et l'éthique mené à l'échelle du Ministère, auquel ont participé plus de 720 employés partout au pays. Le Centre d'éthique en milieu de travail du Bureau de la vérification et de la responsabilisation dirige cette initiative avec l'aide de 4 ETP et d'un budget de F&E de 220 000 $.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
	Le plan d'action vise à favoriser une culture saine et dynamique sur le plan éthique, qui donne corps aux valeurs et à l'éthique de Santé Canada et de la fonction publique, et encourage les comportements éthiques. Il sert également, en bout de ligne, à maintenir et à renforcer la confiance du public dans l'intégrité du Ministère et de la fonction publique. Les valeurs fondamentales de Santé Canada mettent l'accent sur trois « biens » : le bien de la personne, « FIERTÉ DE CE QUE NOUS FAISONS »; le bien de l'organisation, « CONSTRUCTION D'UNE COMMUNAUTÉ DE TRAVAIL »; et le bien du public, « INTÉRÊT DES CANADIENS ». La mise en oeuvre du plan d'action, qui comprend quatre priorités stratégiques, est déjà bien avancée; la plupart des recommandations ont été concrétisées et on s'affaire à mettre en oeuvre celles qui restent. Au cours de la dernière année, Santé Canada s'est surtout attaché à sensibiliser les personnes, à élaborer et à offrir des activités d'apprentissage de fine pointe sur l'éthique, à adapter la documentation sur l'éthique afin de répondre aux besoins des diverses communautés de pratique, à intégrer l'éthique dans plusieurs activités et processus, et à mettre en oeuvre les valeurs et le code d'éthique de la fonction publique. En outre, pour soutenir les efforts de Santé Canada visant à favoriser une culture saine et dynamique sur le plan de l'éthique, on a procédé à la création d'un Service de divulgation interne en 2001, de même qu'à l'établissement d'un Service de médiation en 2003. Tous les employés du pays ont accès à ces services.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
• mettre en oeuvre des plans de travail pour améliorer la gestion des marchés et des subventions et contributions, et la responsabilisation à cet égard	**Passation de marchés** On a élaboré un Cadre de gestion des marchés et un plan d'action consécutif mettant en évidence une structure de gouvernance pour déterminer les rôles, responsabilités et obligations des personnes et des comités qui participent au processus de passation de marchés. Grâce à cette initiative, on dispose maintenant de meilleurs outils de travail, processus et structures de comité, et de renseignements sur les politiques plus actuels. Plus précisément, le Comité de contrôle des contrats et des demandes est devenu officiellement opérationnel le 1er avril 2003 partout au pays et constitue la pierre angulaire de la surveillance active des contrats et des demandes au Ministère. La structure de gouvernance du Cadre pour l'approvisionnement, la planification, la gestion du risque et la mesure du rendement est mise en valeur, et l'incidence de ces fonctions est en cours d'évaluation. Pour améliorer la communication de l'information, un nouveau site intranet de la Division de la gestion du matériel a été lancé le 8 décembre 2003 sur Lotus Notes. Ce site remplace la section « Gestion du matériel » de la base de données du Centre des politiques de Santé Canada. Il facilite la consultation des politiques, des procédures et des processus et assure l'uniformité de l'information en ce qui a trait aux lois et aux règlements en vigueur. De plus, un Module des rapports sur la gestion des marchés a été élaboré et mis en oeuvre en avril 2003. Une formation a été donnée à tous les comités de contrôle des contrats et des demandes et à tous les analystes d'assurance de la qualité, de même qu'au personnel de la Division de la gestion du matériel.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
	Afin d'assurer une compréhension claire des obligations et responsabilités au sein du processus de passation de marchés, une série de cours de formation en gestion du matériel a été élaborée; certains cours sont obligatoires pour tous les gestionnaires et tous les administrateurs de centre de coûts. **Subventions et contributions (S&C)** À la suite de l'examen de son cadre de gestion des subventions et des contributions, le Ministère a adopté et mis en oeuvre un cadre de contrôle et un plan d'action relatifs aux subventions et aux contributions afin de renforcer le contrôle et la reddition de comptes en ce qui a trait à la gestion des subventions et des contributions. Les recommandations du plan d'action traitent des processus, des structures, des politiques, de la gestion des ressources, de la technologie, de la collecte de données et de la formation. Cette initiative a apporté certaines améliorations, notamment : formation obligatoire pour tous les employés qui travaillent à la gestion des S&C; normalisation des ententes afin de respecter la politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert; nouvelles procédures et nouveau processus d'approbation pour les modifications apportées aux paiements de transfert aux termes de la politique du Ministère; examen des modifications à risque élevé par un comité d'examen des modifications; nouvelles exigences en matière de rapports pour les bénéficiaires, et limites en ce qui a trait à utilisation des paiements anticipés; révision des modalités de tous les programmes de S&C de Santé Canada afin d'assurer la pleine conformité aux pratiques de gestion du risque et aux exigences de la politique sur les paiements de transfert.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
	Le Ministère a également donné suite aux recommandations du Bureau de la vérification et de la responsabilisation et de la Division de l'assurance de la qualité du Ministère en ce qui a trait à l'élaboration d'un portail permettant aux employés de consulter les documents de formation, les politiques et les guides, ainsi qu'à l'amélioration de la collecte de données et de la production de rapports en vue d'améliorer le processus décisionnel.
• mettre en place un cadre de gestion intégrée du risque afin d'améliorer les pratiques de gestion du risque	L'engagement de Santé Canada en ce qui a trait à la mise en oeuvre d'un Cadre de gestion intégrée du risque constitue une initiative à long terme qui demande un processus soutenu de détermination et de compréhension des défis liés à la gestion. L'inclusion de considérations associées au risque dans l'exercice d'établissement des priorités de 2004-2005 a contribué à la réussite de la mise en oeuvre du cadre de gestion. Des réunions bilatérales avec les SMA et les DGR ont eu lieu afin de discuter des priorités stratégiques et de cerner les risques qui pourraient avoir une incidence sur la concrétisation des priorités du Ministère. En outre, on a organisé à l'intention des cadres supérieurs, une série d'ateliers de discussion sur les risques dans l'organisation, dans la région de la capitale nationale et dans certaines régions.
• évaluer les plans d'intervention en cas d'urgence afin d'améliorer les communications et les mesures d'urgence	L'efficacité des programmes de Santé Canada repose en partie sur une série de services essentiels qui soutiennent les activités du Ministère dans la région de la capitale nationale et dans les régions. Santé Canada continue de renforcer la capacité régionale de coordination des mesures et des interventions d'urgence. Au cours de l'exercice 2003-2004, on a lancé un vaste concours national afin d'embaucher six coordonnateurs régionaux des préparatifs d'urgence. Le concours a permis de recruter du personnel dans la région du Québec et dans la région du Manitoba et de la Saskatchewan; d'autres régions recruteront en 2004-2005. Les autres régions continuent de gérer cette fonction au moyen de contrats et avec l'aide d'employés régionaux de Santé Canada.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
	Les plans régionaux d'intervention d'urgence en sont à diverses étapes d'élaboration, de mise à l'essai et de perfectionnement. Les activités se poursuivront au fur et à mesure que d'autres employés permanents seront embauchés. Certaines régions ont eu plus d'occasions de mettre à l'essai leurs plans. Par exemple, la région de l'Atlantique a participé à un certain nombre d'exercices interministériels, provinciaux et ministériels au cours des dernières années et a géré des urgences régionales en santé. Pendant la crise du SRAS, la région de l'Ontario et du Nunavut a été un partenaire clé pour la gestion de l'intervention régionale de Santé Canada au Pearson International Airport et dans le Grand Toronto. La région de la Colombie-Britannique et du territoire du Yukon a perfectionné et mis à l'essai ses plans d'intervention d'urgence et a fait preuve d'une grande capacité fonctionnelle lorsqu'elle a réagi à l'éclosion de grippe aviaire. Une évaluation officielle conjointement menée par la région et le Centre de mesures et d'interventions d'urgence est en cours. Les régions continuent de partager les leçons apprises et les pratiques exemplaires à mesure qu'elles découvrent, élaborent et renforcent leurs capacités de gestion en matière d'intervention. L'état d'alerte du programme du Ministère pour la protection des employés et des biens a été maintenu au niveau II (Resserrement des mesures de sécurité), conformément à la norme du Secrétariat du Conseil du Trésor sur les niveaux de préparation des installations du gouvernement. L'approbation des recommandations découlant de l'examen ministériel de la sécurité nationale a marqué le début du processus de mise en oeuvre de la première phase d'un plan pluriannuel ayant pour but d'élaborer un programme de sécurité ministériel intégré afin de mieux protéger les employés et les biens dans les installations de Santé Canada, à l'échelle nationale.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
	L'exécution du programme de planification de la continuité des opérations (PCO) du Ministère a été accélérée avec l'élaboration de certains outils de gestion, dont un modèle de PCO « tous risques », une base de données sur la PCO et un programme de formation. Les directions générales, les régions et certains organismes de Santé Canada utilisent maintenant ces outils pour renforcer leur niveau de planification de la continuité des opérations afin d'assurer la prestation des services ministériels essentiels aux Canadiens.
• travailler avec les comités consultatifs pour améliorer l'accès aux services de santé dans les deux langues officielles.	Au cours des cinq prochaines années, Santé Canada, conformément à son engagement aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, continuera de travailler avec les communautés de langue officielle et d'autres partenaires, par l'entremise de ses deux comités consultatifs, pour améliorer l'accès aux services de santé dans les deux langues officielles. Une aide financière est offerte aux communautés minoritaires de langue officielle, au moyen d'ententes de contribution : • réseaux communautaires francophones (1,3 million de dollars réparti sur un an pour la Société Santé en français); • réseaux communautaires anglophones (4,7 millions de dollars répartis sur cinq ans pour le Quebec Community Groups Network); • formation et maintien en poste de professionnels de la santé pour les communautés minoritaires francophones (63 millions de dollars sur cinq ans pour le Consortium national de formation en santé (CNFS) et ses 10 institutions membres); • soutien financier pour la création de mécanismes visant à promouvoir la formation de professionnels de la santé au Québec pour les communautés minoritaires anglophones (12 millions de dollars répartis sur cinq ans).

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
	Le financement opérationnel a permis aux réseaux des minorités de langue officielle de poursuivre leurs activités ou d'en entreprendre de nouvelles. Les établissements d'enseignement postsecondaire ont commencé à mettre en place des programmes d'apprentissage du français, et à lancer des initiatives de recherche clés axées principalement sur l'amélioration des connaissances et de la compréhension des questions de santé et sur la recherche scientifique appliquée. L'orientation de ce partenariat est assurée par les rapports des comités consultatifs, qui ont été présentés au ministre de la Santé en septembre 2001 par la communauté minoritaire francophone, et en juillet 2002 par la communauté minoritaire anglophone.

Priorité 2 : Améliorer la capacité du Ministère de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser de solides données scientifiques pour appuyer la prise de décisions fondée sur des données probantes et, ce faisant, de maximiser les résultats de santé et de minimiser les risques pour la santé des Canadiens.

Le Bureau de l'expert scientifique en chef (BESC) joue un rôle de catalyseur en s'assurant que Santé Canada produit, exploite, applique et utilise d'excellentes données scientifiques et de recherche en vue d'exécuter son mandat, ses programmes et ses activités prioritaires. Le BESC investit de façon stratégique dans les capacités de Santé Canada en sciences et en recherche afin d'aider le Ministère à remplir son mandat, à relever les nouveaux défis, et à tirer parti des nouvelles possibilités scientifiques.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état

Engagements du RPP	État
Le Ministère va accomplir cette priorité par :	
• Investir 6 millions de dollars pour exercer son rôle de catalyseur et de leader afin que le Ministère dispose de la capacité scientifique requise pour améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.	Le concours d'innovation en sciences lancé par l'expert scientifique en chef a pour but de susciter de nouvelles initiatives scientifiques et d'encourager les partenariats internes et externes fructueux et la pensée créatrice dans des secteurs qui appuient le mandat et les priorités du Ministère. Le financement est accordé à la suite d'un concours, pour que seuls les projets les meilleurs et les plus prometteurs soient financés. Les principaux critères du Bureau de l'expert scientifique en chef pour l'évaluation des propositions sont l'excellence, la compatibilité, le partenariat, la gestion et l'innovation. Cette année, 19 des 71 projets proposés ont été financés, pour un total de 600 000 $ Le nouveau Programme de bourses postdoctorales offre à de jeunes professionnels hautement qualifiés et possédant une formation supérieure la chance d'effectuer des recherches dans un large éventail de disciplines scientifiques. Les bourses offertes pour la recherche dans les domaines de la biologie, de la physique, de l'environnement et des sciences sociales feront valoir Santé Canada comme un centre d'excellence scientifique. Au cours de l'exercice, 162 demandes ont été reçues. Les recommandations du comité d'examen par les pairs devraient être annoncées à l'été 2004.
• Mettre en place un cadre scientifique pour aider le Ministère à déterminer ses priorités et ses activités scientifiques.	Pour permettre au Ministère de remplir son mandat et de contribuer à la concrétisation des priorités générales du gouvernement, le BESC a facilité la mise en oeuvre du Cadre pour les sciences. Le Ministère a créé un répertoire des activités scientifiques et a amorcé une évaluation des besoins scientifiques. Le rapport intitulé *Planification scientifique à Santé Canada* présente la progression de cet exercice ainsi que les prochaines étapes de l'élaboration d'un plan scientifique stratégique.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
• Faire examiner par des pairs externes les travaux scientifiques réalisés dans les laboratoires de recherche du Ministère.	Le Programme des zoonoses et des agents pathogènes spéciaux a été examiné en 2003-2004, dans le cadre du programme d'examen programmatique par les pairs de Santé Canada. La visite s'est déroulée à Winnipeg le 20 janvier 2004 et le rapport d'examen devait être soumis en juin 2004. Depuis que le Comité d'éthique de la recherche (CER) a débuté ses travaux en 2002, il a réalisé des examens déontologiques pour 91 projets de recherche du Ministère sur des sujets humains. Parmi les réalisations notables, on compte un rapport annuel présentant les résultats des enquêtes réalisées auprès des membres du CER et des chercheurs et gestionnaires de Santé Canada qui ont comparu devant le Comité, la création de projets de recherche sur un processus d'appel en matière d'évaluation éthique, et l'établissement d'un plan de surveillance de la conformité afin d'assurer que toute recherche sur des sujets humains de Santé Canada fait l'objet d'une évaluation du CER. Le CER et le Secrétariat du CER continuent de réaliser des progrès constants dans la création d'une culture d'éthique de la recherche à Santé Canada. http://hc-sc.gc.ca/ocs-besc/english/application/index.html http://hc-sc.gc.ca/ocs-besc/french/application/index.html
• Collaborer avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en vue d'appuyer la mise en place des exigences de Santé Canada pour la salubrité des aliments et de l'eau.	Le Forum scientifique de Santé Canada (anciennement connu sous le nom de Forum de recherche de Santé Canada : De la science à la politique), qui en est maintenant à sa troisième année d'existence, met à l'honneur les contributions des chercheurs du Ministère aux politiques et à la pratique. En 2003, le Forum a attiré plus de 500 participants, dont environ 70 venaient d'organismes de recherche externes. Cette activité, d'une durée de deux jours, comporte des exposés en plénière faits par des scientifiques renommés, à l'emploi de Santé Canada ou d'autres organismes, ainsi qu'un programme riche et varié de séances de discussion simultanées sur les activités de recherche et scientifiques du Ministère.

Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2003-2004 - Engagements et état (suite)

Engagements du RPP	État
	L'Institut des maladies infectieuses et immunitaires (IMII) des IRSC a fait de la salubrité des aliments et de l'eau l'une de ses priorités de recherche au titre du financement stratégique. En coordonnant la recherche canadienne dans ce domaine, l'IMII a joué un rôle déterminant dans la formation de la Coalition canadienne de recherche pour la salubrité des aliments et de l'eau. Le but de la Coalition (dont Santé Canada est membre) est d'élaborer un programme de recherche national coordonné dans le domaine de la contamination microbienne des aliments et de l'eau et de la résistance aux antimicrobiens dans la chaîne alimentaire. Un montant total de 1,5 million de dollars par année pendant trois ans a été affecté dans le cadre d'un projet pilote visant à faciliter la création d'équipes de recherche nouvelles ou améliorées, composées de chercheurs scientifiques issus du gouvernement, d'organismes professionnels, de l'industrie et d'autres entités.
• Autres réalisations non prévues dans le RPP.	Conformément aux principes de la modernisation de la fonction de contrôleur et au Cadre de responsabilisation de gestion du Conseil du Trésor, la Direction de la gestion des installations a entamé une démarche officielle pour intégrer la gestion des biens immobiliers et la gestion des installations par l'élaboration du Cadre de gestion des biens immobiliers de Santé Canada. Les besoins des programmes scientifiques et de recherche ont été satisfaits grâce à une saine gestion immobilière et à une administration efficace des laboratoires nationaux. Le Ministère a établi un partenariat avec d'autres ministères et avec des universités ou établissements, comme le démontrent les travaux entrepris conjointement par Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et le Groupe de travail interministériel sur l'examen de l'infrastructure scientifique (GTIEIS). Ce groupe de travail a consolidé l'entente de collaboration entre les programmes responsables des biens immobiliers et les programmes scientifiques.

Partie IV:

Thèmes gouvernementaux et questions liées à la gestion

Fonction de contrôleur moderne

De la fonction de contrôleur moderne au Cadre de responsabilisation de gestion

Depuis mai 2002, Santé Canada travaille à la mise en œuvre de sa Stratégie de gestion moderne et du plan d'action connexe afin d'incorporer la fonction de contrôleur moderne dans l'ensemble de l'organisation. La responsabilité des activités prévues dans le plan d'action a été confiée aux principaux responsables des processus visés, qui ont réalisé leurs projets conformément aux structures de gouvernance et de reddition de comptes établies pour eux. De cette manière, la responsabilité du programme d'amélioration de la gestion était partagée. Le Sous-comité des opérations du CEM a été chargé de surveiller la mise en œuvre de la Stratégie de gestion moderne, et le Bureau de la fonction de contrôleur moderne, de la Direction générale des services de gestion, faisait régulièrement rapport au Sous-comité sur la mise en œuvre de la Stratégie. La plupart des activités prévues dans le plan d'action ont été terminées ou sont en bonne voie.

Étant donné les progrès réalisés avec la mise en œuvre de sa Stratégie de gestion moderne, Santé Canada était prêt à adopter le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG), lancé par le Secrétariat du Conseil du Trésor en juin 2003. Le CRG a tout de suite été considéré comme un instrument qui assurerait la continuité des efforts déployés pour améliorer les pratiques de gestion. Même avant le lancement officiel du CRG, des représentants du Secrétariat du Conseil du Trésor ont été invités à présenter le Cadre au Comité exécutif du Ministère et au Sous-comité des opérations et à lancer une discussion sur sa mise en œuvre.

La schématisation des initiatives d'amélioration et des processus en fonction du Cadre de responsabilisation de gestion montre que les assises d'une gestion moderne sont bien établies au sein du Ministère, grâce à la mise en œuvre du plan d'action sur la fonction de contrôleur moderne. Cette schématisation a servi de fondement pour une réunion bilatérale entre le sous-ministre et le secrétaire du Conseil du Trésor en mars 2004.

Lorsque notre nouveau ministre a assumé ses fonctions le 12 décembre, le premier ministre lui a demandé d'examiner les structures et les mécanismes de responsabilisation du portefeuille de la Santé et de présenter un rapport sur les questions de

gestion et les mesures prises pour améliorer la responsabilisation, en se servant du Cadre de responsabilisation de gestion. Le portefeuille de la Santé comprend le ministère de la Santé et trois organismes indépendants : les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) et le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses (CCRMD).

Ce rapport a établi un précédent de plusieurs façons. C'était la première fois qu'on utilisait le Cadre de gestion de responsabilisation pour évaluer l'état de la gestion des organisations et produire un rapport. C'était également la première fois que tous les groupes membres du portefeuille de la Santé collaboraient à la présentation d'un tel rapport, étant donné que les quatre organisations fonctionnent de façon indépendante. L'examen du portefeuille de la Santé à l'aide du CGR a fourni une perspective élargie des pratiques de gestion ainsi que des nombreuses initiatives d'amélioration entreprises dans le cadre du portefeuille.

Leur collaboration à ce rapport a permis aux quatre organisations de profiter de l'expérience des autres et d'échanger leurs pratiques exemplaires et les défis communs. Elle leur a donné l'occasion de créer des liens qui, selon toute probabilité, serviront même au-delà du portefeuille de la Santé.

Renforcement de l'intendance et de la responsabilisation

Les grands efforts déployés pour améliorer les pratiques de gestion ont mis l'accent sur le renforcement de l'intendance et de la responsabilisation. Comme il a été indiqué dans la Section III – Soutien efficace pour la prestation des programmes de Santé Canada, le Ministère a adopté et mis en œuvre des plans d'action intégraux pour améliorer la gestion des marchés, des subventions et des contributions. La formation obligatoire et les nouveaux instruments de gestion ont contribué aux grands progrès réalisés dans ces secteurs.

En juin 2003, le Ministère a approuvé une stratégie pour la mise en œuvre d'un cadre de gestion intégrée des risques (GIR). Neuf mois après le début de la mise en œuvre de la stratégie, de grands progrès ont été réalisés dans la création d'un fondement pour la GIR. Les activités principales ont commencé et les réalisations importantes sont les suivantes : l'intégration d'un volet de gestion des risques dans le cycle de planification des activités du Ministère; la présentation d'une série d'ateliers de sensibilisation à la gestion des risques; des discussions sur les risques pour l'organisation, qui ont été tenues dans la RCN et quelques autres régions; l'inclusion d'information sur les risques pour l'organisation dans le RPP de 2004-2005.

Conformément à l'annonce faite par le premier ministre le 12 décembre 2003 dans le cadre de la politique de « dénonciation préventive » concernant la publication obligatoire des dépenses de voyage et des marques d'hospitalité pour des postes déterminés, Santé Canada a présenté l'information demandée pour la première date limite trimestrielle du 31 mars 2004. Cette information a été affichée sur le site Web du Ministère, accessible à tous les Canadiens et Canadiennes. Des politiques et des procédures ont été élaborées afin d'assurer le respect des cycles de présentation de rapports requis pour la « dénonciation préventive ».

En mars 2003, Santé Canada a adopté un nouveau Cadre de gestion du rendement, qui établit un lien entre les indicateurs de rendement et chacun des résultats stratégiques du Ministère. Santé Canada s'est engagé à fournir des rapports d'information générale concernant le rendement, en utilisant les indicateurs du Rapport sur le rendement du Ministère pour 2004-2005. Le Cadre de gestion du rendement sert de fondement pour l'architecture d'activités de programme.

Les réalisations principales susmentionnées sont complétées par des améliorations apportées par chaque direction générale et région. Le résultat est une organisation dont les employés disposent d'un ensemble harmonieux de pouvoirs, de systèmes et de mécanismes de surveillance pour obtenir des résultats positifs pour la population canadienne.

Développement durable

La deuxième Stratégie de développement durable (SDD) de Santé Canada a été élaborée en 2000 en fonction de rapports, de priorités et d'initiatives clés de l'administration fédérale relatifs au développement durable. On pense notamment aux lignes directrices concernant les stratégies ministérielles décrites dans le *Guide de l'écogouvernement* et au document *Avancer dans la voie du progrès : La deuxième génération de stratégies de développement durable*, publié en 1999 par le commissaire à l'environnement et au développement durable, y faisait part de ses attentes quant à la deuxième vague de SDD. La SDD 2000 expose une série d'engagements ambitieux ayant pour but d'encourager l'intégration du développement durable à tous les aspects des activités du Ministère. Cette stratégie triennale a été conçue avec trois secteurs d'action prioritaires, appelés « thèmes » dans la Stratégie :

- favoriser la création de milieux sociaux et physiques sains;
- intégrer le développement durable aux processus ministériels de prise de décisions et de gestion;
- réduire au minimum les incidences des activités et des opérations matérielles du Ministère.

À l'intérieur de ces trois champs d'action, les engagements de l'organisation sont regroupés par objectifs puis par cibles. Les objectifs sont les résultats prioritaires qui correspondent à chacun des thèmes de développement durable, tandis que les cibles sont les extrants plus spécifiques et plus mesurables qui contribuent à la réalisation de chacun des objectifs.

À l'échéance de la SDD 2000, le 31 mars 2004, le Ministère avait tenu 108 (84 %) des 129 engagements cibles. Dix-huit cibles (14 %) ont été reportées au plan d'action à long terme de la SDD 2000 et trois cibles (2 %) ont été éliminées au moyen de mesures correctives établies. Pour plus de détails, consulter le *Rapport final de la SDD 2000*, à http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur.

Conformément aux exigences fédérales de la *Loi sur le vérificateur général*, Santé Canada a présenté sa troisième stratégie en février 2004. Cette dernière stratégie a pour but de tabler sur le succès des deux précédentes et elle reprend les trois thèmes de la SDD 2000. Elle a été conçue pour fournir aux employés l'information et les outils pratiques qui leur permettront d'intégrer les principes du DD à leurs activités quotidiennes, et elle donne un aperçu de l'orientation stratégique globale de Santé Canada relative au développement durable.

L'engagement de Santé Canada à l'égard du développement durable s'applique à toutes les initiatives législatives et stratégiques et à tous les programmes. De plus, il va bien au-delà de la période de trois ans de la Stratégie. Le Ministère appuie l'intégration des trois piliers du développement durable, c.-à-d. les aspects environnemental, économique et socio-culturel, en tant que volet essentiel de son approche pour la prise de décisions.

La prévention de la pollution est un élément clé de la mise en œuvre du développement durable à Santé Canada. Le gouvernement fédéral définit la prévention de la pollution comme « l'utilisation de procédés, pratiques, matériaux, produits, substances ou formes d'énergie qui, d'une part, empêchent ou réduisent au minimum la production de polluants ou de déchets et, d'autre part, réduisent les

risques d'atteinte à l'environnement ou à la santé humaine ».

En plus des résultats signalés dans le *Rapport final de la SDD 2000*, Santé Canada a :

- continué de chercher des façon de réduire la consommation d'énergie et d'eau. Par exemple, un laboratoire prévoit réduire sa concommation annuelle d'eau chaude de plus de 20 000 litres en modifiant ses activités de nettoyage de la verrerie, et le système géothermique d'un centre de soins de santé devrait permettre de récupérer 30 % de l'énergie consommée pour le chauffage et 100 % de l'énergie utilisée pour la climatisation;
- entamé la mise en œuvre d'un programme d'évaluation environnementale pour une direction générale, qui servira à évaluer certains aspects environnementaux, comme l'efficacité énergétique, les matières dangereuses, la gestion des déchets dangereux et la qualité de l'eau dans toutes les installations et immeubles de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;
- commencé à mettre en œuvre le Cours d'écoconduite préventive dans chaque région pour économiser de l'essence et maximiser la sécurité. La région de l'Alberta et des T.N.-O. ont formé 118 employés en 2003-2004;
- effectué des vérifications de la gestion des déchets dans la majorité des laboratoires relevant du Ministère pour trouver des façons de réduire la quantité de déchets produits.

Initiative d'amélioration des services

L'Initiative d'amélioration des services (IAS) s'applique aux ministères qui offrent, dans une large mesure, des services directs aux Canadiens et aux Canadiennes, et son objectif est d'améliorer la satisfaction de la population canadienne relativement aux services qui lui sont fournis. Santé Canada est un de ces ministères et participe activement à la mise en œuvre de l'IAS.

1. Programmes et services visés par l'Initiative d'amélioration des services

Jusqu'à présent, le Ministère a choisi les six services clés suivants pour inclusion dans l'IAS : les fiches de renseignements sur la santé *Votre santé et vous*; le Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire (ligne sans frais); le Réseau canadien de la santé (RCS); le centre national d'exception au titre des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; la ligne sans frais d'information générale de Santé Canada en Ontario; la proposition d'un système national de gestion des appels d'urgence fonctionnant 24 heures sur 24. Un des aspects de la stratégie de rétroaction consiste à effectuer régulièrement des enquêtes de suivi sur la satisfaction des clients. L'analyse de ces enquêtes aide à comprendre les besoins et les attentes des clients et à repérer les endroits où les services pourraient être améliorés.

2. Établissement de niveaux de référence pour la satisfaction des clients et progrès accomplis en vue dans l'atteinte des objectifs fixés en matière de satisfaction

Des niveaux de référence de satisfaction des clients ont été fixés en 2002-2003. Cette année, des enquêtes de suivi sur la satisfaction des clients ont été effectuées, en utilisant l'Outil de mesures communes pour quatre des six initiatives. Les résultats des enquêtes de suivi ont été comparés aux résultats originaux liés aux niveaux de référence.

Niveau de satisfaction global des clients		
En fonction de l'Outil de mesures communes Échelle des satisfaction globale de 1 à 5, où 1 = très insatisfait et 5 = très satisfait.		
Initiative	**Résultats de référence**	**Résultats de la deuxième enquête**
Votre santé et vous	4,0	4,18
Service de renseignements (ligne sans frais) de l'ARLA		
• Grand public	4,63	4,63
• Inscrits	4,15	4,19
Réseau canadien de la santé	3,3	Enquête en cours
Centre d'exception au titre des médicaments des Services de santé non assurés	4,0	3,3*

* Un événement clé qui a influé sur les services était la panne d'électricité de l'été 2003 en Ontario qui a créé un arriéré important de demandes. Malheureusement, la panne est survenue au moment de l'année où les pharmaciens demandent le renouvellement de leur financement. Ces deux facteurs ont sans doute eu un grand effet sur l'efficience et l'accessibilité du service.

3. Normes de service pour tous les services publics clés - établissement de normes et rendement par rapport à ces normes

Bien que le Ministère ait des normes de service établies, elles n'ont pas encore été publiées. Par contre, leur publication est une tâche prioritaire pour 2004-2005.

4. Principales réalisations au titre de l'amélioration des services du point de vue des citoyens

- On a amélioré l'accessibilité en ligne de *Votre santé et vous* grâce au format PDF.
- L'agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) a amélioré ses menus téléphoniques en fonction des recommandations des clients.
- Le RCS a restructuré sa page Web pour accroître sa convivialité et pour améliorer la capacité des moteurs de recherche sur le site.
- Le centre national d'exception au titre des médicaments a augmenté le nombre d'appelants qui peuvent être mis en attente avant d'entendre un signal de ligne occupée les obligeant à rappeler.

Fondations

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)

En 2003, Le gouvernement fédéral a accordé 25 millions de dollars à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) pour l'exécution d'un programme innovateur qui fournira aux professionnels des services de santé et à leurs organisations la capacité de trouver, d'évaluer et d'interpréter les recherches afin de mieux gérer le système canadien de soins de santé. L'objectif du Programme de formation des cadres pour l'application de la recherche est de créer une culture de prise de décisions axées sur la recherche au sein des organisations de soins de santé pour qu'elles puissent gérer le changement de façon efficace.

À partir de mai 2004 et pendant les 10 années suivantes, la FCRSS inscrira 24 personnes par année au programme de deux ans. Le budget de 2004 pour ce programme

a été fixé à 2,4 millions de dollars. L'objectif à long terme est d'avoir une participation égale de cadres infirmiers, de médecins-cadres et d'autres cadres de l'administration de la santé afin d'encourager la collaboration à la gestion de la prestation des soins de santé. Une équipe d'évaluation, dirigée par le Dr Malcolm Anderson, de l'Université Queen's, a reçu une subvention de cinq ans pour assurer l'incorporation d'une évaluation continue dans la gestion et la prestation du programme. On peut obtenir plus de détails au sujet du programme et consulter le Rapport annuel et le plan stratégique de la FCRSS sur le site Web de la Fondation, à : http://www.chsrf.ca.

Inforoute Santé du Canada Inc.

Afin de donner suite à l'Accord des premiers ministres sur la santé de septembre 2000, le gouvernement fédéral a investi 500 millions de dollars dans Inforoute Santé du Canada Inc. (*Inforoute*), une entreprise indépendante sans but lucratif, composée des sous-ministres de la Santé de l'administration fédérale et des administrations provinciales et territoriales. Le mandat d'*Inforoute* est d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes modernes de technologies de l'information et des communications pour la santé, et de définir et promouvoir des normes régissant les données partagées afin d'assurer la compatibilité des normes relatives à l'information sur la santé.

Le budget de 2003 comprenait un engagement additionnel de 600 millions de dollars au titre de l'Accord de 2003 sur la santé, qui donnait la priorité à la mise en œuvre du dossier électronique de santé (DES) et au développement d'applications de télésanté. Le budget de 2004 comprenait un autre engagement de 100 millions de dollars pour *Inforoute*, en vue de l'élaboration d'un système pancanadien de surveillance de la santé.

En 2003-2004, avec les fonds additionnels de 600 millions de dollars obtenus pour accélérer la mise en place des DES et l'exécution du mandat élargi de la télésanté, *Inforoute* a mis en œuvre une approche plus stratégique en matière d'investissements, qui comprenait des objectifs cibles et des formules d'investissement définies pour chacun des cinq volets clés du DES (infostructure, registres, pharmacies, diagnostics et systèmes d'information des laboratoires) et pour la télésanté. On a également mis l'accent sur la concertation de la planification avec les administrations afin de déterminer leurs priorités en matière d'élaboration, de déploiement et de préparation relativement au DES, et pour établir un cadre d'évaluation des avantages.

Parmi les documents publiés par *Inforoute* en 2003-2004, il y avait un résumé du Plan 2003-2004, « Prendre son essor », le *Rapport annuel* de 2003, le document *Architecture SDSE : un cadre d'interoperabilitéé pour DSE* (un guide sur l'élaboration et la mise en œuvre des solutions de dossiers électroniques de santé au Canada), ainsi que de l'information sur les projets approuvés. Au 31 mars 2004, *Inforoute* avait prévu des dépenses de 125,4 millions de dollars pour 53 projets approuvés visant l'accélération de la création de systèmes d'information électronique sur la santé pouvant être interreliés partout au Canada. Pour plus de renseignements, consulter le site Web suivant : http://www.infoway-inforoute.ca/.

Institut canadien d'information sur la santé

Afin de renforcer l'initiative Carnet de route, le budget de 2003 a affecté un montant additionnel de 70 millions de dollars à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les objectifs exposés dans l'entente de financement, repris du premier Carnet de route, sont les suivants :

- aider à fournir l'information nécessaire pour permettre aux fournisseurs de soins de santé et aux gestionnaires de mesurer le rendement et d'en faire rapport;

- aider à fournir les données nécessaires pour permettre aux fournisseurs de soins de santé et aux gestionnaires de prendre des décisions éclairées au sujet du renouvellement du système de santé;
- aider à créer l'information nécessaire pour permettre à la population canadienne de prendre des décisions éclairées à propos de leur santé et de leur utilisation des services de santé;
- accroître l'échange d'information sur la santé au moyen d'une approche intégrée de la diffusion des données, qui respecte la vie privée des Canadiens et des Canadiennes.

Afin d'appuyer ces objectifs, l'ICIS élaborera des indicateurs de santé et des normes pour les données, comblera les lacunes, renforcera la capacité analytique et communiquera l'information pertinente aux intervenants, aux chercheurs et aux autres Canadiens.

IBM Business Consulting Services a terminé une évaluation du premier Carnet de route en octobre 2003 . D'une façon générale, les résultats ont confirmé que la mise en œuvre avait été réussie. Par exemple :

- Trente projets du Carnet de route ont atteint tous leurs objectifs, neuf ont atteint une partie de leurs objectifs et un projet a été annulé.
- Entre 1999 et 2003, 239 résultats attendus du Carnet de route ont été livrés, la majorité dans les 30 jours après la date de publication prévue.
- Plusieurs lacunes en matière de données ont été comblées, y compris celles concernant l'état de santé au niveau régional, les soins ambulatoires et la réadapatation.
- La normalisation des données dans l'ensemble du pays a été améliorée.

Pour plus d'information, consulter : www.cihi.ca.

Achats et marchés

Points à traiter	Contribution de l'organisation
1. Rôle joué par les achats et les marchés dans l'exécution des programmes.	Les achats et les marchés jouent un rôle essentiel dans l'appui de l'exécution des programmes au Ministère. Leur objectif est de fournir du matériel et des services pour les activités de programme visant l'atteinte des objectifs du Ministère.

Achats et marchés (suite)

Points à traiter	Contribution de l'organisation
2. Aperçu des processus et de la stratégie liés à la gestion des marchés au sein du Ministère.	Le nouveau processus de passation de marchés lancé le 1er avril 2003 fonctionne bien, continue d'évoluer et produit les résultats voulus. Par exemple : • Les cadres supérieurs participent à la mise en œuvre du plan d'action du cadre de gestion des marchés. • La structure de gouvernance a été améliorée grâce au renforcement des comités de contrôle des contrats et des demandes (CCCD). • La gestion des risques, la planification des achats et la mesure du rendement sont des éléments prioritaires pour la nouvelle année. • Les niveaux de pouvoirs de signature délégués ont été réexaminés afin d'atténuer les risques et de s'assurer que les transactions sont approuvées au niveau de gestion appropriée. Santé Canada continuera à prévoir et à mettre en œuvre les autres activités du plan d'action du cadre de gestion des marchés, et à surveiller l'efficacité de ce plan d'action au moyen de divers mécanismes, y compris par des vérifications et la rétroaction des clients et des CCCD au sein des directions générales et dans les régions.
3. Progrès et nouvelles initiatives favorisant des pratiques d'achat efficaces et efficientes.	Santé Canada continue de faire de grands progrès dans l'amélioration de la gestion et de la responsabilisation de ses fonctions d'achat et de passation de marches. La mise en œuvre du plan d'action du cadre de gestion des marchés est bien avancée, est surveillée par les cadres superieurs de la Direction de la gestion des biens, et devrait être mis en œuvre au complet d'ici décembre 2004. Certains points du plan d'action ont déjà été mis en œuvre, ce sont : la formation obligatoire des gestionnaires, les nouveaux systèmes de suivi et de bases de données, l'établissement de comités de contrôle des contrats et des demandes, et la création d'une fonction d'assurance de la qualité. Le site intranet de la Division de la gestion du Matériel a été créé, et lancé le 8 décembre 2003. Le site est le principal instrument permettant d'assurer que tous les intervenants du processus de passation de marchés sont tenus au courant des activités et des changements liés aux opérations, qu'ils ont facilement accès aux politiques et aux procédures, et qu'ils disposent d'information additionnelle et des outils de travail essentiels au processus de passation de marchés (modèles, guides, FAQ, etc.).

Section V :

Rendement financier

Aperçu du rendement financier

Les tableaux sommaires qui suivent forment une vue d'ensemble de l'utilisation faite par Santé Canada de ses ressources pendant l'exercice 2003-2004 et des données comparées des exercices précédents. Santé Canada continue de s'efforcer d'utiliser ses ressources avec autant d'efficacité et d'efficience que possible, ce qui entend ordinairement la réaffectation de ressources en cours d'exercice.

Pendant l'exercice 2003-2004, le Ministère a été prié de verser une contribution de 40 millions $ dans le cadre de l'exercice du gouvernement fédéral visant à réaffecter 1 milliard $. Une partie de cette contribution a été réacheminée à Santé Canada pour ses activités sur le SRAS, le VNO et l'EBS, ainsi que pour l'augmentation du financement des Territoires permettant de garantir que les résidents seront mieux placés pour profiter de la réforme des soins de santé. Les économies nécessaires à cette réaffectation ont découlé :

- d'épargnes sur l'efficience générale, de la réduction des dépenses discrétionnaires et de la refonte des mécanismes de prestation des programmes;
- d'initiatives plus lentes que ne le laissait entrevoir le Budget 2003;
- d'une petite réduction pratiquée dans divers autres programmes.

La contribution de Santé Canada à l'exercice de réaffectation de 1 milliard $ et d'autres réaffectations internes a été structurée de façon à garantir que les engagements ministériels envers les initiatives et accords fédéraux-provinciaux-territoriaux, de même que les travaux du Ministère à d'importantes questions de santé, n'en souffrent pas.

Tableau financier 1 :
Sommaire des crédits approuvés Autorisations pour 2003-2004

Le présent tableau reflète la ventilation des ressources de Santé Canada par crédit approuvé. Santé Canada, à l'heure actuelle, a deux crédits : le Crédit 1 des dépenses de fonctionnement et le Crédit 5 des subventions et contributions.

Les dépenses réelles au chapitre des ressources de fonctionnement (Crédit 1) sont de 74,8 millions $ inférieures aux autorisations, surtout par suite d'écarts relatifs aux éléments suivants :

- des retards attribuables à la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, au Cadre stratégique pour l'agriculture et aux pensionnats indiens;
- les fonds consacrés au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), au virus du Nil occidental (VNO) et à l'encéphalopathie bovine spongiforme (EBS), dont les besoins ont été inférieurs aux prévisions;
- la baisse des dépenses prévues au chapitre des services de santé non assurés;
- les rajustements de fin d'année des dépenses du ministère de la Justice;
- des écarts de fonctionnement de divers programmes.

Les dépenses réelles au chapitre des paiements de transfert (c.-à-d. le Crédit 5 - Subventions et contributions) sont inférieures de 2,6 millions $ aux autorisations, surtout à cause de l'établissement d'une allocation gelée (ressources non requises du Budget supplémentaire des dépenses en raison de besoins moindres) et de retards dans des constructions relatives aux Premières nations.

Les autorisations totales (exception faite des postes législatifs) sont de 660 millions $ supérieures (Crédit 1 - Fonctionnement : 301,2 millions $, paiements de transfert - Crédit 5 : 358,8 millions $) aux dépenses prévues. Ces ressources supplémentaires se constituent surtout des initiatives suivantes :

- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) / Virus du Nil occidental (VNO) / Encéphalopathie bovine spongiforme (EBS)
- Questions de durabilité associées à la santé des Premières nations et des Inuits
- Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques
- Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations
- Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (2003)
- Stratégie nationale d'immunisation
- Pensionnats indiens

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit	Santé Canada	2003-2004 Dépenses prévues[1]	Autorisations totales[2]	Dépenses réelles[2]
1	Dépenses de fonctionnement	1 438,2	1 739,4	1 664,6
5	Subventions et contributions	1 266,6	1 625,4	1 622,8
(L)	Ministre de la Santé - Salaire et allocation de voiture	-	0,1	0,1
(L)	Contributions aux régimes de bénéfices sociaux des employés	102,4	110,9	110,9
(L)	Dépenses des recettes tirées de la disposition des biens excédentaires de l'État	-	0,4	0,2
(L)	Inforoute Santé du Canada Inc.	-	600,0	600,0
(L)	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	-	25,0	25,0
(L)	Institut canadien d'information sur la santé	-	70,0	70,0
(L)	Paiements pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé	-	-0,1	-0,1
(L)	Remboursement des sommes créditées aux revenus lors des exercices précédents	-	0,2	0,2
	Total du Ministère	**2 807,2**	**4 171,3**	**4 093,7**

Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses, plus le Budget supplémentaire des dépenses, plus d'autres autorisations.

1) Extrait du Rapport de 2003-2004 sur les plans et les priorités.

2) Extrait des Comptes publics de 2003-2004.

L) Indique les dépenses qu'est tenu d'engager le Ministère sans que soit requise une loi de crédits.

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit	Santé Canada	2003-2004 Dépenses prévues[1]	Autorisations totales[2]	Dépenses réelles[2]
1	Dépenses de fonctionnement	1 438.2	1 739.4	1 664.6
5	Subventions et contributions	1 266.6	1 625.4	1 622.8
(L)	Ministre de la Santé - Salaire et allocation de voiture	-	0.1	0.1
(L)	Contributions aux régimes de bénéfices sociaux des employés	102.4	110.9	110.9
(L)	Dépenses des recettes tirées de la disposition des biens excédentaires de l'État	-	0.4	0.2
(L)	Inforoute Santé du Canada Inc	-	600.0	600.0
(L)	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	-	25.0	25.0
(L)	Institut canadien d'information sur la santé	-	70.0	70.0
(L)	Paiements pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé	-	-0.1	-0.1
(L)	Remboursement des sommes créditées aux revenus lors des exercices précédents	-	0.2	0.2
	Total du Ministère	**2 807,2**	**4 171,3**	**4 093,7**

Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses, plus le Budget supplémentaire des dépenses, plus d'autres autorisations.

1) Extrait du Rapport de 2003-2004 sur les plans et les priorités

2) Extrait des Comptes publics de 2003-2004

L) Indique les dépenses qu'est tenu d'engager le Ministère sans que soit requise une loi de crédits

Tableau financier 2 :
Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

Le présent tableau montre comment les ressources sont utilisées au sein de Santé Canada par crédit et par domaine d'activité. Les explications des écarts par domaine d'activité se trouvent à la Section III : discussion sur le rendement. Des détails supplémentaires sur les recettes non disponibles se trouvent au tableau 5 : Revenus. Les coûts des services fournis par les autres organismes et gouvernements comprennent l'hébergement, la couverture de santé et de sécurité au travail, les services juridiques et les régimes d'assurance des employés.

Dépenses ministérielles prévues et réelles par domaine d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	Équivalents temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions & contributions	Dépenses brutes totales	Moins : recettes disponibles	Dépenses nettes totales
Politique en matière de soins de santé							
(Dépenses prévues)	402	79,9		228,7	308,6		308,6
(Autorisations totales)	*358*	*80,9*		*249,0*	*329,9*		*329,9*
(Dépenses réelles)	**344**	**76,4**		**248,0**	**324,4**		**324,4**
Promotion et protection de la santé							
(Dépenses prévues)	4 617	587,7		286,0	873,7	(57,5)	816,2
(Autorisations totales)	*4 828*	*657,3*	*0,8*	*606,4*	*1 264,5*	*(57,5)*	*1 207,0*
(Dépenses réelles)	**5 013**	**616,2**	**0,8**	**606,4**	**1 223,4**	**(49,5)**	**1 173,9**
Santé des Premières nations et des Inuits							
(Dépenses prévues)	1 473	705,3		708,4	1 413,7	(5,5)	1 408,2
(Autorisations totales)	*1 535*	*874,7*		*703,7*	*1 578,4*	*(5,5)*	*1 572,9*
(Dépenses réelles)	**1 815**	**855,2**		**702,2**	**1 557,4**	**(3,5)**	**1 553,9**
Gestion de l'information et du savoir							
(Dépenses prévues)	608	64,2		18,7	82,9		82,9
(Autorisations totales)	*607*	*80,4*		*690,4*	*770,8*		*770,8*
(Dépenses réelles)	**655**	**76,7**		**690,4**	**767,1**		**767,1**
Gestion et administration ministérielles							
(Dépenses prévues)	1 300	163,3	3,9	24,8	192,0	(0,7)	191,3
(Autorisations totales)	*1 612*	*216,6*	*4,1*	*70,7*	*291,4*	*(0,7)*	*290,7*
(Dépenses réelles)	**1 745**	**200,1**	**4,1**	**70,7**	**274,9**	**(0,5)**	**274,4**
Total							
(Dépenses prévues)	**8 400**	**1 600,4**	**3,9**	**1 266,6**	**2 870,9**	**(63,7)**	**2 807,2**
(Autorisations totales)	*8 940*	*1 909,9*	*4,9*	*2 320,2*	*4 235,0*	*(63,7)*	*4 171,3*
(Dépenses réelles)	**9 572**	**1 824,6**	**4,9**	**2 317,7**	**4 147,2**	**(53,5)**	**4 093,7**
Autres recettes et dépenses							
Recettes non disponibles							
(Dépenses prévues)							(8,2)
(Autorisations totales)							*(8,2)*
(Dépenses réelles)							**(56,0)**
Coûts des services fournis par d'autres ministères et organismes							
(Dépenses prévues)							78,6
(Autorisations totales)							*78,6*
(Dépenses réelles)							**89,5**
Coût net du programme							
(Dépenses prévues)							**2 877,6**
(Autorisations totales)							*4 241,7*
(Dépenses réelles)							**4 127,2**

Tableau financier 3 :
Comparaison de l'historique des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

Le présent tableau montre la tendance des dépenses au fil du temps, par programme.

La hausse de 1 375,8 millions $ des dépenses de 2002-2003 à 2003-2004 découle surtout des nouvelles initiatives annoncées dans les récents discours du budget, du financement consacré au SRAS, au VNO et à l'EBS, de la hausse progressive des ressources approuvées et du versement de quatre importantes subventions (à l'Ontario pour le SRAS, à Inforoute Santé du Canada, à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et à l'Institut canadien d'information sur la santé).

Dépenses ministérielles prévues et réelles par domaine d'activité (en millions de dollars)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Secteurs d'activités	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales**	**Dépenses réelles**
Politique en matière de soins de santé	107,1	133,1	308,6	329,9	324,4
Promotion et protection de la santé	743,0	802,2	816,2	1 207,0	1 173,9
Santé des Premières nations et des Inuits	1 339,1	1 465,4	1 408,2	1 572,9	1 553,9
Gestion de l'information et du savoir	281,3	111,1	82,9	770,8	767,1
Gestion et administration ministérielles	208,6	206,1	191,3	290,7	274,4
Total	**2 679,1**	**2 717,9**	**2 807,2**	**4 171,3**	**4 093,7**

Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses, du Budget supplémentaire des dépenses et d'autres autorisations.

Tableau financier 2 :
Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

Le présent tableau montre comment les ressources sont utilisées au sein de Santé Canada par crédit et par domaine d'activité. Les explications des écarts par domaine d'activité se trouvent à la Section III – discussion sur le rendement. Des détails supplémentaires sur les recettes non disponibles se trouvent au tableau 5 – Revenus. Les coûts des services fournis par les autres organismes et gouvernements comprennent l'hébergement, la couverture de santé et de sécurité au travail, les services juridiques et les régimes d'assurance des employés.

Dépenses ministérielles prévues et réelles par domaine d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activités	Équivalents temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions & contributions	Dépenses brutes totales	Moins : recettes disponibles	Dépenses nettes totales
Politique en matière de soins de santé							
(Dépenses prévues)	340	79.5		229.5	309.0		309.0
(Autorisations totales)	338	80.3		243.1	329.9		329.9
(Dépenses réelles)	344	76.4		248.0	324.4		324.4
Promotion et protection de la santé							
(Dépenses prévues)	4 617	567.7		298.0	873.7	(57.5)	816.2
(Autorisations totales)	4 838	607.1	0.8	606.4	1 264.5	(57.5)	1 207.0
(Dépenses réelles)	5 013	616.2	0.8	606.4	1 223.4	(49.5)	1 173.9
Santé des Premières nations et des Inuits							
(Dépenses prévues)	1 473	799.1		702.2	1 501.3	(3.5)	1 497.8
(Autorisations totales)	1 815	874.7		702.2	1 576.9	(3.5)	1 573.4
(Dépenses réelles)	1 815	855.2		702.2	1 557.4	(3.5)	1 553.9
Gestion de l'information et du savoir							
(Dépenses prévues)	668	84.2		19.7	103.9		82.9
(Autorisations totales)	667	90.4		690.4	780.8		770.8
(Dépenses réelles)	655	76.7		690.4	767.1		767.1
Gestion et administration ministérielles							
(Dépenses prévues)	1 302	200.1	3.9	70.7	274.9	(0.5)	274.4
(Autorisations totales)	1 814	216.5	4.1	70.7	291.3	(0.5)	290.7
(Dépenses réelles)	1 745	200.1	4.1	70.7	274.9	(0.5)	274.4
Total							
(Dépenses prévues)	8 400	1 600.4	3.9	1 266.6	2 870.9	(63.7)	2 807.2
(Autorisations totales)	8 940	1 909.9	4.9	2 320.2	4 235.0	(63.7)	4 171.3
(Dépenses réelles)	9 572	1 824.6	4.9	2 317.7	4 147.2	(53.5)	4 093.7
Autres recettes et dépenses							
Recettes non disponibles							
(Dépenses prévues)							(6.2)
(Autorisations totales)							(8.8)
(Dépenses réelles)							(56.0)
Coûts des services fournis par d'autres ministères et organismes							
(Dépenses prévues)							79.6
(Autorisations totales)							93.8
(Dépenses réelles)							89.5
Coût net du programme							
(Dépenses prévues)							2 877.6
(Autorisations totales)							4 241.7
(Dépenses réelles)							4 127.2

Tableau financier 3 :
Comparaison de l'historique des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

Le présent tableau montre la tendance des dépenses au fil du temps, par programme.

La hausse de 1 375,8 millions $ des dépenses de 2002-2003 à 2003-2004 découle surtout des nouvelles initiatives annoncées dans les récents discours du budget, du financement consacré au SRAS, au VNO et à l'EBS, de la hausse progressive des ressources approuvées et du versement de quatre importantes subventions (à l'Ontario pour le SRAS, à Inforoute Santé du Canada, à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et à l'Institut canadien d'information sur la santé).

Dépenses ministérielles prévues et réelles par domaine d'activité (en millions de dollars)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Secteurs d'activités	Dépenses réelles	Dépenses reelles	Dépenses prévues	Autorisations totales	Dépenses réelles
Politique en matière de soins de santé	107,1	133,1	308,6	329,9	324,4
Promotion et protection de la santé	743,0	802,2	816,2	1 207,0	1 173,9
Santé des Premières nations et des Inuits	1 339,1	1 465,4	1 408,2	1 572,9	1 553,9
Gestion de l'information et du savoir	281,3	111,1	82,9	770,8	767,1
Gestion et administration ministérielles	208,6	206,1	191,3	290,7	274,4
Total	**2 679,1**	**2 717,9**	**2 807,2**	**4 171,3**	**4 093,7**

Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses, du Budget supplémentaire des dépenses et d'autres autorisations.

Tableau financier 4 : Correspondance entre les résultats stratégiques et les domaines d'activités
Dépenses brutes et prévues totales de 2003-2004 (en millions de dollars)

Résultats stratégiques		Domaines d'activité					Domaines d'activités		
		Politique sur les soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et des connaissances	Gestion et administration ministérielles	Total ($)	% du total	ETP
Améliorer l'accès aux soins de santé pour les Canadiens	(Dépenses prévues)	308,6					308,6	11,0%	402
	(Dépenses réelles)	**324,4**					**324,4**	**7,9%**	**344**
Une population en meilleure santé par suite des efforts de promotion de la santé et de prévention	(Dépenses prévues)		432,9				432,9	15,4%	1 132
	(Dépenses réelles)		**773,4**				**773,4**	**18,9%**	**1 453**
Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		149,2				149,2	5,3%	1 787
	(Dépenses réelles)		**154,4**				**154,4**	**3,8%**	**1 738**
Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		198,9				198,9	7,1%	1 192
	(Dépenses réelles)		**206,5**				**206,5**	**5,0%**	**1 340**
Des produits et des programmes de lutte antiparasitaire durables pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		35,2				35,2	1,3%	506
	(Dépenses réelles)		**39,6**				**39,6**	**1,0%**	**482**
Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé	(Dépenses prévues)			1 408,2			1 408,2	50,2%	1 473
	(Dépenses réelles)			**1 553,9**			**1 553,9**	**38,0%**	**1 815**
Amélioration de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer les décisions en santé	(Dépenses prévues)				82,9		82,9	2,9%	608
	(Dépenses réelles)				767,1		**767,1**	**18,7%**	**655**
Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada	(Dépenses prévues)					191,3	191,3	6,8%	1 300
	(Dépenses réelles)					**274,4**	**274,4**	**6,7%**	**1 745**
Résultats stratégiques	(Dépenses prévues)	308,6	816,2	1 408,2	82,9	191,3	2 807,2		
	(Dépenses réelles)	**324,4**	**1 173,9**	**1 553,9**	**767,1**	**274,4**	**4 093,7**		
% du total	(Dépenses prévues)	11,0%	29,1%	50,2%	2,9%	6,8%		100,0%	
	(Dépenses réelles)	**7,9%**	**28,7%**	**38,0%**	**18,7%**	**6,7%**		**100,0%**	
Équivalents temps plein (ETP)	(Dépenses prévues)	402	4 617	1 473	608	1 300			8 400
	(Dépenses réelles)	**344**	**5 013**	**1 815**	**655**	**1 745**			**9 572**

1) Remarque : comme ces chiffres ont été arrondis, il peuvent ne pas produire exactement les totaux montrés.

2) Les dépenses réelles dépassent les dépenses prévues car des autorisations supplémentaires ont été consenties au Ministère par le gouvernement pendant l'exercice comptable pour des initiatives précises (p. ex. SRAS/VNO/EBS, durabilité de la santé des Premières nations et des Inuits, stratégie d'accès aux produits thérapeutiques).

Tableau financier 5 : Recettes

Le présent tableau reflète l'ensemble des rentrées disponibles par domaine d'activité ou de service et des rentrées non disponibles par classification et par source.

Les rentrées disponibles proviennent des droits d'utilisation ou du recouvrement du coût des services ministériels. Ces recettes, internes et externes au gouvernement, lui sont pour la plupart externes. Les rentrées disponibles ont différentes sources, dont les instruments médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation des présentations de drogues, les médicaments à usage vétérinaire, la réglementation de la lutte antiparasitaire, la sécurité des produits, les revenus hospitaliers provenant du paiement des services rendus aux cliniques inuites et autochtones, que couvrent les régimes provinciaux et territoriaux, et la vente de médicaments et de services de santé aux collectivités autochtones.

Les rentrées disponibles réelles sont demeurées relativement constantes pendant la période montrée, exception faite de la santé des Inuits et des Premières nations. L'écart entre 2002-2003 et 2003-2004 est attribuable au transfert à la compétence provinciale de 3,6 millions $ d'autorisations de recettes liées à l'hôpital de Sioux Lookout.

Les rentrées non disponibles sont montrées par source afin d'exprimer les données dans un format utile. Il n'es pas permis au Ministère de dépenser ces recettes.

Recettes (en millions de dollars)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
	Recettes réelles	Recettes réelles	Recettes prévues	Autorisations totales[1]	Recettes réelles
Rentrées disponibles					
Domaines d'activité/Domaines de service					
Promotion et protection de la santé					
Santé publique et santé de la population	0,1	0,1	-	0,0	0,1
Aliments et produits de santé	35,5	32,2	40,7	40,7	34,2
Milieux sains et sécurité des consommateurs	7,4	7,5	9,8	9,8	8,6
Réglementation en matière de lutte antiparasitaire	6,9	6,8	7,0	7,0	6,6
Santé des Inuits et des Premières nations					
Santé des Inuits et des Premières nations	6,9	5,9	5,5	5,5	3,5
Gestion et administration ministérielles					
Services internes	0,4	0,4	0,7	0,7	0,5
Total des rentrées disponibles	**57,2**	**52,9**	**63,7**	**63,7**	**53,5**
Rentrées non disponibles					
Principales sources et classifications					
Recettes non fiscales :					
Remboursement des dépenses	14,5	27,0	-	-	43,9
Vente de biens et de services	-	0,7	-	-	6,1
Autres droits et frais	1,8	7,2	8,2	8,2	5,8
Produit de la disposition de biens de l'État	0,6	0,3	-	-	0,2
Recettes non fiscales diverses	15,6	-	-	-	0,0
Total des rentrées non disponibles	**32,5**	**35,2**	**8,2**	**8,2**	**56,0**
Recettes totales	**89,7**	**88,1**	**71,9**	**71,9**	**109,5**

1) Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses et d'autres autorisations.

Tableau financier 4 : Correspondance entre les résultats stratégiques et les domaines d'activités
Dépenses brutes et prévues totales de 2003-2004 (en millions de dollars)

Résultats stratégiques		Domaines d'activité					Domaines d'activités		
		Politique sur les soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et des connaissances	Gestion et administration ministérielles	Total ($)	% du total	ETP
Assurer à ces régions soins de santé pour les Canadiens	(Dépenses prévues)	308,6					308,6	11,0%	307
	(Dépenses réelles)	324,4					324,4	7,9%	344
Une population en meilleure santé par suite des efforts de promotion de la santé et de prévention	(Dépenses prévues)		432,9				432,9	15,4%	1 130
	(Dépenses réelles)		773,4				773,4	18,9%	1 453
Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		149,2				149,2	5,3%	1 767
	(Dépenses réelles)		154,4				154,4	3,8%	1 738
Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		198,9				198,9	7,1%	1 102
	(Dépenses réelles)		206,5				206,5	5,0%	1 340
Des produits et des programmes de lutte antitabagique durables pour les Canadiens	(Dépenses prévues)		35,2				35,2	1,3%	509
	(Dépenses réelles)		39,6				39,6	1,0%	482
Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation complète de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé	(Dépenses prévues)			1 408,2			1 408,2	50,2%	1 473
	(Dépenses réelles)			1 553,9			1 553,9	38,0%	1 815
Amélioration de la capacité, données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des connaissances pour appuyer les décisions en santé	(Dépenses prévues)				82,9		82,9	2,9%	686
	(Dépenses réelles)				767,1		767,1	18,7%	655
Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada	(Dépenses prévues)					191,3	191,3	6,8%	1 300
	(Dépenses réelles)					274,4	274,4	6,7%	1 745
Résultats stratégiques	(Dépenses prévues)	308,6	816,2	1 408,2	82,9	191,3	2 807,2		
	(Dépenses réelles)	**324,4**	**1 173,9**	**1 553,9**	**767,1**	**274,4**	**4 093,7**		
% du total	(Dépenses prévues)	11,0%	29,1%	50,2%	2,9%	6,8%		100,0%	
	(Dépenses réelles)	7,9%	28,7%	38,0%	18,7%	6,7%		100,0%	
Équivalents temps plein (ETP)	(Dépenses prévues)	307	4 017	1 473	686	1 300			8 400
	(Dépenses réelles)	344	5 013	1 815	655	1 745			9 572

(1) Remarque : Certains chiffres ont été arrondis. Il pourrait ne pas y avoir concordance entre les totaux exacts.

(2) Les dépenses réelles dépassent les dépenses prévues en raison des autorisations supplémentaires qui ont été consenties au Ministère par le gouvernement pendant l'exercice à l'appui de plusieurs initiatives, y compris le SRAS/VNEVE, la durabilité de la santé des Premières nations et des Inuits, stratégie d'achats auprès des petites entreprises et la Stratégie pharmaceutique.

Tableau financier 5 : Recettes

Le présent tableau reflète l'ensemble des rentrées disponibles par domaine d'activité ou de service et des rentrées non disponibles par classification et par source.

Les rentrées disponibles proviennent des droits d'utilisation ou du recouvrement du coût des services ministériels. Ces recettes – internes et externes au gouvernement – lui sont pour la plupart externes. Les rentrées disponibles ont différentes sources, dont les instruments médicaux, la dosimétrie des rayonnements, l'évaluation des présentations de drogues, les médicaments à usage vétérinaire, la réglementation de la lutte antiparasitaire, la sécurité des produits, les revenus hospitaliers provenant du paiement des services rendus aux cliniques inuites et autochtones, que couvrent les régimes provinciaux et territoriaux, et la vente de médicaments et de services de santé aux collectivités autochtones.

Les rentrées disponibles réelles sont demeurées relativement constantes pendant la période montrée, à l'exception faite de la santé des Inuits et des Premières nations. L'écart entre 2002-2003 et 2003-2004 est attribuable au transfert à la compétence provinciale de 3,6 millions $ d'autorisations de recettes liées à l'hôpital de Sioux Lookout.

Les rentrées non disponibles sont montrées par source afin d'exprimer les données dans un format utile. Elles sont permis au Ministère de dépenser ces recettes.

Recettes (en millions de dollars)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003		
	Recettes réelles	Recettes réelles	Recettes prévues	Autorisations totales[1]	Recettes réelles
Rentrées disponibles Domaines d'activité/Domaines de service					
Promotion et protection de la santé					
Santé publique et santé de la population	0,1	0,1	-	0,0	0,1
Aliments et produits de santé	35,5	32,2	40,7	40,7	34,2
Milieux sains et sécurité des consommateurs	7,4	7,5	9,8	9,8	8,6
Réglementation en matière de lutte antiparasitaire	6,0	6,4	7,0	7,0	6,6
Santé des Inuits et des Premières nations					
Santé des Inuits et des Premières nations	6,9	5,9	5,5	5,5	3,5
Gestion et administration ministérielles					
Services internes	0,4	0,4	0,7	0,7	0,5
Total des rentrées disponibles	**57,2**	**52,9**	**63,7**	**63,7**	**53,5**
Rentrées non disponibles Principales sources et classifications					
Recettes non fiscales					
Remboursement des dépenses	14,5	27,0	-	-	43,9
Vente de biens et de services	-	0,7	-	-	0,1
Autres droits et frais	1,8	7,2	8,2	8,2	5,8
Produit de la disposition de biens de l'État	0,6	0,3	-	-	0,2
Recettes non fiscales diverses	15,6	-	-	-	6,0
Total des rentrées non disponibles	**32,5**	**35,2**	**8,2**	**8,2**	**56,0**
Recettes totales	**89,7**	**88,1**	**71,9**	**71,9**	**109,5**

1. Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses et d'autres autorisations.

Tableau financier 6 : Paiements législatifs

Santé Canada, en conformité avec l'annonce faite lors du discours du budget de 2003, a versé trois paiements législatifs.

Le premier paiement, de 600 millions $, a été versé à Inforoute Santé du Canada par Gestion de l'information et du savoir dans le but d'accélérer l'élaboration des dossiers électroniques de santé et des normes communes de technologie de l'information dans tout le pays ainsi que l'élaboration avancée des applications de télésanté, qui sont d'importance capitale dans les zones rurales et éloignées.

Le deuxième paiement, de 70 millions $, a été versé à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) par Gestion de l'information et du savoir afin de permettre à l'ICIS, de concert avec Statistique Canada, d'élaborer les nouvelles activités nécessaires à l'appui de l'Accord des premiers ministres dans les domaines des soins primaires, des soins à domicile et de la couverture des médicaments onéreux ainsi que d'autres formes d'appui aux engagements des premiers ministres en matière de gouvernance et d'obligation redditionnelle.

Le troisième paiement, de 25 millions $, a été versé par le Bureau de l'expert scientifique en chef (Gestion et administration ministérielles) à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) afin de lancer le programme de formation des cadres pour l'application de la recherche (EXTRA) décrit au budget de 2003.

Paiements législatifs par domaine d'activité (en millions de dollars)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Domaines d'activité	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Dépenses prévues**	**Autorisations totales[1]**	**Dépenses prévues**
Gestion de l'information et du savoir	0,0	0,0	0,0	670,0	670,0
Gestion et administration ministérielles	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0
Paiements législatifs totaux	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**695,0**	**695,0**

1) Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses, du Budget supplémentaire des dépenses et d'autres autorisations.

Tableau financier 6 : Paiements législatifs

Santé Canada, en conformité avec l'annonce faite lors du discours du budget de 2003, a versé trois paiements législatifs.

Le premier paiement, de 600 millions $, a été versé à Inforoute Santé du Canada par Gestion de l'information et du savoir dans le but d'accélérer l'élaboration des dossiers électroniques de santé et des normes communes de technologie de l'information dans tout le pays ainsi que l'élaboration avancée des applications de télésanté, qui sont d'importance capitale dans les zones rurales et éloignées.

Le deuxième paiement, de 70 millions $, a été versé à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) par Gestion de l'information et du savoir afin de permettre à l'ICIS, de concert avec Statistique Canada, d'élaborer les nouvelles activités nécessaires à l'appui de l'Accord des premiers ministres dans les domaines des soins primaires, des soins à domicile et de la couverture des médicaments onéreux ainsi que d'autres formes d'appui aux engagements des premiers ministres en matière de gouvernance et d'obligation redditionnelle.

Le troisième paiement, de 25 millions $, a été versé par le Bureau de l'expert scientifique en chef (Gestion et administration ministérielles) à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) afin de lancer le programme de formation des cadres pour l'application de la recherche (EXTRA) décrit au budget de 2003.

Paiements législatifs par domaine d'activité (en millions de dollars)

Domaines d'activité	2001-2002 Dépenses réelles	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Dépenses prévues	2003-2004 Autorisations totales[1]	2003-2004 Dépenses prévues
Gestion de l'information et du savoir	0,0	0,0	0,0	670,0	670,0
Gestion et administration ministérielles	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0
Paiements législatifs totaux	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**695,0**	**695,0**

1) Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses, du Budget supplémentaire des dépenses et d'autres autorisations.

Tableaux financiers 7.1 et 7.2 : Paiements de transfer

Ces tableaux montrent la répartition des paiements de transfert (subventions, contributions et autres paiements de transfert) par domaine d'activité. Le Tableau 7.1 est un sommaire des paiements de transfert par programme et par domaine d'activité, tandis que le Tableau 7.2 montre les détails des paiements de transfert par programme et par domaine d'activité.

La hausse de 1 285,7 millions $ des dépenses de 2002-2003 à 2003-2004 découle principalement du versement de quatre grandes contributions (à l'Ontario pour le SRAS, à Inforoute Santé du Canada, à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et à l'Institut canadien d'information sur la santé).

La hausse des dépenses à la rubrique Politique en matière de soins de santé découle principalement de l'augmentation des paiements liés au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et du financement des initiatives détaillées à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (2003), comme les ententes territoriales nordiques, l'Institut canadien de la sécurité du patient, la Division des ressources humaines en santé et le Conseil canadien de la santé.

La hausse des dépenses en matière de promotion et de protection de la santé découle principalement d'une subvention unique versée à la Province de l'Ontario pour le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

La hausse des dépenses en santé des Premières nations et des Inuits découle principalement d'une augmentation du financement des aspects de viabilité de la santé de ces groupes.

La hausse des dépenses de la Gestion de l'information et du savoir découle principalement du versement de subventions législatives à Inforoute Santé du Canada et à l'Institut canadien d'information sur la santé.

La hausse des dépenses de Gestion et administration ministérielles découle principalement du versement de subventions législatives à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et des coûts supérieurs d'appui à la construction et/ou à la rénovation d'installations dans les réserves des Premières nations.

Pour obtenir des renseignements sur les détails des paiements de transfert, veuillez consulter l'annexe électronique B : Détails des paiements de transfert (Dépenses réelles) à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/french/care/estimates/index. htm. Dépenses réelles 2003-2004 à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/dépenses/index.htm.

Tableau financier 7.1 :
Sommaire des paiements de transfert par programme et par domaine d`activité (en millions de dollars)

Domaines d'activité	2001-2002 Dépenses réelles	2001-2002 Dépenses réelles	2003-2004 Dépenses prévues	2003-2004 Autorisations totales[1]	2003-2004 Dépenses réelles
Subventions					
Politique en matière de soins de santé	1,1	3,5	3,4	32,9	**31,9**
Promotion et protection de la santé	23,3	20,5	47,9	348,8	**348,8**
Gestion de l'information et du savoir	95,0	0,0	0,0	670,0	**670,0**
Gestion et administration ministérielles	-	0,0	0,0	25,0	**25,0**
Subventions totales	**119,4**	**24,0**	**51,3**	**1 076,7**	**1 075,7**
Contributions					
Politique en matière de soins de santé	29,5	51,1	225,3	216,1	**216,1**
Promotion et protection de la santé	179,1	189,3	194,1	213,6	**213,6**
Santé des Inuits et des Premières nations	637,0	677,9	708,4	703,7	**702,2**
Gestion de l'information et du savoir	49,2	31,8	18,7	20,4	**20,4**
Gestion et administration ministérielles	52,1	36,7	24,8	45,7	**45,7**
Contributions totales	**946,9**	**986,8**	**1 171,3**	**1 199,5**	**1 198,0**
Autres paiements de transfert					
Promotion et protection de la santé	55,8	21,2	44,0	44,0	**44,0**
Total des autres paiements de transfert	**55,8**	**21,2**	**44,0**	**44,0**	**44,0**
Total des paiements de transfert	**1 122,1**	**1 032,0**	**1 266,6**	**2 320,2**	**2 317,7**

1) Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses, du Budget supplémentaire et d`autres autorisations.

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $)

Domaines d'activité	2001-2002 Dépenses réelles	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Budget principal des dépenses	2003-2004 Autorisations totales	2003-2004 Dépenses réelles
SUBVENTIONS					
Politique en matière de soins de santé					
Subventions à des organismes sans but lucratif internationaux admissibles pour soutenir des projets ou programmes sur la santé	1,1	1,3	1,4	1,2	1,2
Subvention pour le Supplément de santé du Yukon à l'Accord des premiers ministres (2003)				6,7	6,7
Subvention pour le Supplément de santé des Territoires du Nord-Ouest à l'Accord des premiers ministres (2003)				6,7	6,7
Subvention pour le Supplément de santé du Nunavut à l'Accord des premiers ministres (2003)				6,7	6,7
Politique sur les stratégies en matière de soins de santé, Programme de partenariats fédéraux-provinciaux-territoriaux en matière de subventions		2,2	2,0	9,4	8,4
Subvention à l'Institut canadien de la sécurité du patient				2,2	2,2
Total : Politique en matière de soins de santé	**1,1**	**3,5**	**3,4**	**32,9**	**31,9**
Promotion et protection de la santé					
Organisation mondiale de la santé	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Subvention à la Société canadienne du sang : frais de transition	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Subventions à des personnes et à des organismes pour appuyer les projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, de la création de ressources, de la formation, du perfectionnement des compétences et de la recherche	12,1	11,2	26,3	6,0	6,0
Subvention à l'Institut national du cancer du Canada pour l'Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Subventions pour la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA	1,0	0,6	8,0	0,3	0,3
Subventions à des organismes internationaux sans but lucratif admissibles pour soutenir des projets ou programmes de santé	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Subvention de recherche sur les produits de santé naturels			0,4	0,4	0,4
Subvention à l'Institut national du cancer du Canada pour l'Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer de la prostate			1,0	1,0	1,0

Tableau financier 7.1 :
Sommaire des paiements de transfert par programme et par domaine d'activité (en millions de dollars)

	2001-2002	2001-2002	2003-2004		
Domaines d'activité	Dépenses réelles	Dépenses réelles	Dépenses prévues	Autorisations totales[1]	Dépenses réelles
Subventions					
Politique en matière de soins de santé	1,1	3,5	3,4	32,9	**31,9**
Promotion et protection de la santé	23,3	20,5	47,9	348,8	**348,8**
Gestion de l'information et du savoir	95,0	0,0	0,0	670,0	**670,0**
Gestion et administration ministérielles	-	0,0	0,0	25,0	**25,0**
Subventions totales	**119,4**	**24,0**	**51,3**	**1 076,7**	**1 075,7**
Contributions					
Politique en matière de soins de santé	29,5	51,1	225,3	216,1	**216,1**
Promotion et protection de la santé	179,1	189,3	194,1	213,6	**213,6**
Santé des Inuits et des Premières nations	637,0	677,9	708,4	703,7	**702,2**
Gestion de l'information et du savoir	49,2	31,8	18,7	20,4	**20,4**
Gestion et administration ministérielles	52,1	36,7	24,8	45,7	**45,7**
Contributions totales	**946,9**	**986,8**	**1 171,3**	**1 199,5**	**1 198,0**
Autres paiements de transfert					
Promotion et protection de la santé	55,8	21,2	44,0	44,0	**44,0**
Total des autres paiements de transfert	**55,8**	**21,2**	**44,0**	**44,0**	**44,0**
Total des paiements de transfert	**1 122,1**	**1 032,0**	**1 266,6**	**2 320,2**	**2 317,7**

1) Les autorisations totales se constituent du Budget principal des dépenses, du Budget supplémentaire et d'autres autorisations.

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $)

Domaines d'activité	2001-2002 Dépenses réelles	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Budget principal des dépenses	2003-2004 Autorisations totales	2003-2004 Dépenses réelles
SUBVENTIONS					
Politique en matière de soins de santé					
Subventions à des organismes sans but lucratif internationaux admissibles pour soutenir des projets ou programmes sur la santé	1.1	1.3	1.4	1.2	1.2
Subvention pour le Supplément de santé du Yukon à l'Accord des premiers ministres (2003)				6.7	6.7
Subvention pour le Supplément de santé des Territoires du Nord-Ouest à l'Accord des premiers ministres (2003)				6.7	6.7
Subvention pour le Supplément de santé du Nunavut à l'Accord des premiers ministres (2003)				6.7	6.7
Politique sur les stratégies en matière de soins de santé. Programme de partenariats fédéraux-provinciaux-territoriaux en matière de subventions		2.2	2.0	9.4	8.4
Subvention à l'Institut canadien de la sécurité du patient				2.2	2.2
Total : Politique en matière de soins de santé	**1.1**	**3.5**	**3.4**	**32.9**	**31.9**
Promotion et protection de la santé					
Organisation mondiale de la santé	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Subvention à la Société canadienne du sang : frais de transition	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Subventions à des personnes et à des organismes pour appuyer les projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, de la création de ressources, de la formation, du perfectionnement des compétences et de la recherche	12.1	11.2	26.3	6.0	6.0
Subvention à l'Institut national du cancer du Canada pour l'Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Subventions pour la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA	1.0	0.6	8.0	0.3	0.3
Subventions à des organismes internationaux sans but lucratif admissibles pour soutenir des projets ou programmes de santé	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Subvention de recherche sur les produits de santé naturels			0.4	0.4	0.4
Subvention à l'Institut national du cancer du Canada pour l'Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer de la prostate			1.0	1.0	1.0

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

Domaines d'activité	2001-2002 Dépenses réelles	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Budget principal des dépenses	2003-2004 Autorisations totales	2003-2004 Dépenses réelles
Subvention au Vancouver Hospital and Health Sciences Centre et à la British Columbia Cancer Agency pour le Centre d'excellence de Vancouver pour la recherche sur le cancer de la prostate			2,0	2,0	2,0
Subventions au Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales	0,1	0,1	1,7	0,5	0,5
Subvention à la Société canadienne du sang pour la création d'une réserve de sang en cas d'urgence	1,1				
Subvention à Héma Québec pour la création d'une réserve de sang en cas d'urgence	0,4				
Subvention à la Province de l'Ontario pour le SRAS				330,0	330,0
Total : Promotion et protection de la santé	**23,3**	**20,5**	**48,0**	**348,8**	**348,8**
Gestion de l'information et du savoir					
(S*) Subvention à l'Institut canadien d'information sur la santé en vue de l'instauration de l'initiative Carnet de route de l'information sur la santé	95,0			70,0	70,0
(L) subvention à Inforoute Santé du Canada pour l'accélération de l'élaboration des dossiers de santé électroniques, de normes de technologie d'information communes à tout le pays et pour d'autres applications de télésanté				600,0	600,0
Total : Gestion de l'information et du savoir	**95,0**	**0,0**	**0,0**	**670,0**	**670,0**
Gestion et administration ministérielles					
(L) Subvention à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé pour le programme de formation des cadres aux applications de recherche				25,0	25,0
Total : Gestion et administration ministérielles	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**25,0**	**25,0**
Total : Subventions	**119,4**	**24,0**	**51,4**	**1 076,7**	**1 075,7**

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

Domaines d'activité	2001-2002 Dépenses réelles	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Budget principal des dépenses	2003-2004 Autorisations totales	2003-2004 Dépenses réelles
CONTRIBUTIONS					
Politique en matière de soins de santé					
Contributions aux gouvernements provinciaux et territoriaux et à des organismes sans but lucratif du secteur de la santé ou des services sociaux afin de mettre à l'épreuve et d'évaluer des manières d'améliorer le système de soins de santé de l'avenir, expressément dans les quatre domaines prioritaires sur lesquels se sont entendus les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (soins primaires, soins à domicile, assurance-médicaments, prestation de services intégrée)	26,8	0,1			
Programme de contribution pour la santé des femmes	3,0	2,8	3,1	2,7	2,7
Contributions au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires		48,2	220,2	209,2	209,2
Programme de contributions pour les stratégies et politiques en matière de soins de santé			2,0	4,3	4,3
(L) Versements à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé	-0,3	0,0		-0,1	-0,1
Total : Politique en matière de soins de santé	**29,5**	**51,1**	**225,3**	**216,1**	**216,1**
Promotion et protection de la santé					
Contributions à des personnes et des organismes pour soutenir des activités d'importance nationale visant à améliorer les services de santé ainsi que la recherche et les projets de démonstration en santé publique	1,3	0,5	0,1	0,6	0,6
Contribution à l'Initiative de recherche sur les substances toxiques	6,0				
Contributions à la Société canadienne du sang et/ou à d'autres centres désignés de transfusion ou de greffe pour appuyer les activités de surveillance des réactions indésirables	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8
Contributions à des personnes et organismes pour appuyer des projets dans le domaine de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation, du perfectionnement des compétences et de la recherche	34,6	39,1	41,4	53,6	53,6
Paiements aux provinces et territoires, et à des organismes nationaux sans but lucratif, afin d'appuyer l'élaboration de programmes novateurs de traitement et de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes	14,2	15,6	14,5	17,2	17,2

(L) Indique les dépenses que le Ministère est tenu de faire et qui n'exigent pas de loi de crédits.
* Cette subvention n'était législative que pendant l'exercice comptable 2003-2004.

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Domaines d'activité	Dépenses réelles	Dépenses réelles	Budget principal des dépenses	Autorisations totales	Dépenses réelles
Subvention au Vancouver Hospital and Health Sciences Centre et à la British Columbia Cancer Agency pour le Centre d'excellence de Vancouver pour la recherche sur le cancer de la prostate			2.0	2.0	2.0
Subventions au Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales	0.1	0.1	1.7	0.5	0.5
Subvention à la Société canadienne du sang pour la création d'une réserve de sang en cas d'urgence	1.1				
Subvention à Héma Québec pour la création d'une réserve de sang en cas d'urgence	0.4				
Subvention à la Province de l'Ontario pour le SRAS				330.0	330.0
Total : Promotion et protection de la santé	**23.3**	**20.5**	**48.0**	**348.8**	**348.8**
Gestion de l'information et du savoir					
(S*) Subvention à l'Institut canadien d'information sur la santé en vue de l'instauration de l'initiative Carnet de route de l'information sur la santé	95.0			70.0	70.0
(L) subvention à Inforoute Santé du Canada pour l'accélération de l'élaboration des dossiers de santé électroniques, de normes de technologie d'information communes à tout le pays et pour d'autres applications de télésanté				600.0	600.0
Total : Gestion de l'information et du savoir	**95.0**	**0.0**	**0.0**	**670.0**	**670.0**
Gestion et administration ministérielles					
(L) Subvention à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé pour le programme de formation des cadres aux applications de recherche				25.0	25.0
Total : Gestion et administration ministérielles	**0.0**	**0.0**	**0.0**	**25.0**	**25.0**
Total : Subventions	**119.4**	**24.0**	**51.4**	**1 076.7**	**1 075.7**

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

Domaines d'activité	2001-2002 Dépenses réelles	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Budget principal des dépenses	2003-2004 Autorisations totales	2003-2004 Dépenses réelles
CONTRIBUTIONS					
Politique en matière de soins de santé					
Contributions aux gouvernements provinciaux et territoriaux et à des organismes sans but lucratif du secteur de la santé ou des services sociaux afin de mettre à l'épreuve et d'évaluer des manières d'améliorer le système de soins de santé de l'avenir, expressément dans les quatre domaines prioritaires sur lesquels se sont entendus les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (soins primaires, soins à domicile, assurance-médicaments, prestation de services intégrée)	26.8	0.1			
Programme de contribution pour la santé des femmes	3.0	2.8	3.1	2.7	2.7
Contributions au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires		46.2	220.2	209.2	209.2
Programme de contributions pour les stratégies et politiques en matière de soins de santé			2.0	4.3	4.3
(L) Versements à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé	-0.3	0.0		-0.1	-0.1
Total : Politique en matière de soins de santé	**29.5**	**51.1**	**225.3**	**216.1**	**216.1**
Promotion et protection de la santé					
Contributions à des personnes et des organismes pour soutenir des activités d'importance nationale visant à améliorer les services de santé ainsi que la recherche et les projets de démonstration en santé publique	1.3	0.5	0.1	0.6	0.6
Contribution à l'Initiative de recherche sur les substances toxiques	6.0				
Contributions à la Société canadienne du sang et/ou à d'autres centres désignés de transfusion ou de greffe pour appuyer les activités de surveillance des réactions indésirables	1.8	1.9	1.9	1.8	1.8
Contributions à des personnes et organismes pour appuyer des projets dans le domaine de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation, du perfectionnement des compétences et de la recherche	34.6	39.1	41.4	53.6	53.6
Paiements aux provinces et territoires, et à des organismes nationaux sans but lucratif, afin d'appuyer l'élaboration de programmes novateurs de traitement et de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes	14.2	15.6	14.6	17.2	17.2

(L) Indique les dépenses que le Ministère est tenu de faire et qui n'exigent pas de loi de crédits.
* Cette subvention n'était législative que pendant l'exercice comptable 2003-2004

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Domaines d'activité	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Budget principal des dépenses**	**Autorisations totales**	**Dépenses réelles**
Contributions à des organismes communautaires sans but lucratif pour appuyer, à long terme, la mise sur pied et la prestation de services de prévention et d'intervention précoce visant à résoudre les problèmes de santé et de développement des jeunes enfants à risque au Canada	79,8	80,5	82,1	79,8	79,8
Contributions à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida	17,8	16,8	10,8	17,1	17,1
Contributions à des établissements et des organismes autochtones sans but lucratif locaux ou régionaux constitués en société, pour la mise sur pied de programmes d'intervention précoce auprès des enfants autochtones d'âge préscolaire et de leur famille	19,7	25,8	29,1	28,0	28,0
Contributions à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme	3,9	9,1	11,1	15,5	15,5
Contribution destinée à renforcer le système de don et de transplantation de tissus			2,2		
Contribution à la recherche sur les produits de santé naturels			0,4		
Total : Promotion et protection de la santé	**179,1**	**189,3**	**193,6**	**213,6**	**213,6**
Santé des Premières nations et des Inuits					
Contributions pour les services intégrés de soins de santé communautaire aux collectivités indiennes et inuites	274,4	291,3	305,9	301,6	301,6
Paiement à des bandes indiennes, à des associations ou aux groupes indiens pour le contrôle et la prestation des services de santé	183,1	190,9	194,0	192,8	192,8
Contributions pour le soutien des projets pilotes en vue d'évaluer les options pour le transfert du Programme des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits	12,2	6,9	12,0	10,6	10,6
Contributions à des bandes indiennes, à des associations ou à des groupes indiens et inuits ou aux administrations locales et territoriales pour la prestation de services de santé non assurés	108,5	124,4	102,3	128,3	128,3
Paiements versés à l'Institut sur la santé autochtone / Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones	10,5	5,0	5,0	5,0	5,0
Contributions pour des projets de promotion et de prévention liés à la santé des Premières nations et des Inuits et pour des projets de développement favorisant la prise en charge des services de santé par les Premières nations et les Inuits	15,0	17,7	45,4	18,8	18,8

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Domaines d'activité	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Budget principal des dépenses**	**Autorisations totales**	**Dépenses réelles**
Contributions à des universités, à des collèges et à d'autres organismes afin d'accroître la participation d'étudiants indiens et inuits à des programmes d'études débouchant sur des carrières professionnelles dans le domaine de la santé	2,8	2,8	3,0	2,6	2,6
Contributions au gouvernement de Terre-Neuve pour le coût de la prestation des soins de santé aux collectivités indiennes et inuites	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
Contributions à des associations ou à des groupes indiens et inuits pour les consultations au sujet de la santé des Indiens et des Inuits	2,9	4,7	1,0	5,2	5,2
Contributions au nom des Indiens et des Inuits, ou à leur égard, pour le coût de la construction, de l'agrandissement ou de la rénovation d'hôpitaux, d'installations de soins de santé et d'autres établissements ainsi que pour l'acquisition de matériel de soins de santé et de matériel connexe	5,9	0,8	11,4	4,7	3,2
Contribution pour le programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves	21,1	32,8	27,8	33,1	33,1
Contributions pour dépenses en capital au titre des établissements de santé non administrés par le ministère pour les besoins des Premières nations et des Inuits		0,0			
Programme de contribution pour le soutien en santé mentale offert aux anciens résidents des pensionnats indiens				0,3	0,3
Total : Santé des Premières nations et des Inuits	**637,0**	**677,9**	**708,4**	**703,7**	**702,2**
Gestion de l'information et du savoir					
Contribution à l'Institut canadien d'information en matière de santé	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé	32,5	26,3	11,2	7,6	7,6
Programme d'acquisition et d'échange de connaissances	0,1	1,0	2,0	0,1	0,1
Programme de recherche sur les politiques en matière de santé	1,0	2,1	2,8	2,1	2,1
Programme de contributions pour améliorer l'accès aux services de santé offerts aux communautés de langue officielle en situation minoritaire				8,0	8,0
Contributions pour des projets de promotion et de prévention liés à la santé des Premières nations et des Inuits et pour des projets de développement favorisant la prise en charge des services de santé par les Premières nations et les Inuits	7,4	0,2	0,5	0,4	0,4

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Domaines d'activité	Dépenses réelles	Dépenses réelles	Budget principal des dépenses	Autorisations totales	Dépenses réelles
Contributions à des organismes communautaires sans but lucratif pour appuyer, à long terme, la mise sur pied et la prestation de services de prévention et d'intervention précoce visant à résoudre les problèmes de santé et de développement des jeunes enfants à risque au Canada	79.8	80.5	82.1	79.8	79.8
Contributions à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida	17.8	16.8	10.8	17.1	17.1
Contributions à des établissements et des organismes autochtones sans but lucratif locaux ou régionaux constitués en société, pour la mise sur pied de programmes d'intervention précoce auprès des enfants autochtones d'âge préscolaire et de leur famille	19.7	25.8	29.1	28.0	28.0
Contributions à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme	3.9	9.1	11.1	15.5	15.5
Contribution destinée à renforcer le système de don et de transplantation de tissus			2.2		
Contribution à la recherche sur les produits de santé naturels			0.4		
Total : Promotion et protection de la santé	**179.1**	**189.3**	**193.6**	**213.6**	**213.6**
Santé des Premières nations et des Inuits					
Contributions pour les services intégrés de soins de santé communautaire aux collectivités indiennes et inuites	274.4	291.3	305.9	301.6	301.6
Paiement à des bandes indiennes, à des associations ou aux groupes indiens pour le contrôle et la prestation des services de santé	183.1	190.9	194.0	192.8	192.8
Contributions pour le soutien des projets pilotes en vue d'évaluer les options pour le transfert du Programme des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits	12.2	6.9	12.0	10.6	10.6
Contributions à des bandes indiennes, à des associations ou à des groupes indiens et inuits ou aux administrations locales et territoriales pour la prestation de services de santé non assurés	108.5	124.4	102.3	128.3	128.3
Paiements versés à l'Institut sur la santé autochtone / Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones	10.5	5.0	5.0	5.0	5.0
Contributions pour des projets de promotion et de prévention liés à la santé des Premières nations et des Inuits et pour des projets de développement favorisant la prise en charge des services de santé par les Premières nations et les Inuits	15.0	17.7	45.4	18.8	18.8

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Domaines d'activité	**Dépenses réelles**	**Dépenses réelles**	**Budget principal des dépenses**	**Autorisations totales**	**Dépenses réelles**
Contributions à des universités, à des collèges et à d'autres organismes afin d'accroître la participation d'étudiants indiens et inuits à des programmes d'études débouchant sur des carrières professionnelles dans le domaine de la santé	2.8	2.8	3.0	2.6	2.6
Contributions au gouvernement de Terre-Neuve pour le coût de la prestation des soins de santé aux collectivités indiennes et inuites	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7
Contributions à des associations ou à des groupes indiens et inuits pour les consultations au sujet de la santé des Indiens et des Inuits	2.9	4.7	1.0	5.2	5.2
Contributions au nom des Indiens et des Inuits, ou à leur égard, pour le coût de la construction, de l'agrandissement ou de la rénovation d'hôpitaux, d'installations de soins de santé et d'autres établissements ainsi que pour l'acquisition de matériel de soins de santé et de matériel connexe	5.9	0.8	11.4	4.7	3.2
Contribution pour le programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves	21.1	32.8	27.8	33.1	33.1
Contributions pour dépenses en capital au titre des établissements de santé non administrés par le ministère pour les besoins des Premières nations et des Inuits		0.0			
Programme de contribution pour le soutien en santé mentale offert aux anciens résidents des pensionnats indiens				0.3	0.3
Total : Santé des Premières nations et des Inuits	**637.0**	**677.9**	**708.4**	**703.7**	**702.2**
Gestion de l'information et du savoir					
Contribution à l'Institut canadien d'information en matière de santé	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé	32.5	26.3	11.2	7.6	7.6
Programme d'acquisition et d'échange de connaissances	0.1	1.0	2.0	0.1	0.1
Programme de recherche sur les politiques en matière de santé	1.0	2.1	2.8	2.1	2.1
Programme de contributions pour améliorer l'accès aux services de santé offerts aux communautés de langue officielle en situation minoritaire				8.0	8.0
Contributions pour des projets de promotion et de prévention liés à la santé des Premières nations et des Inuits et pour des projets de développement favorisant la prise en charge des services de santé par les Premières nations et les Inuits	7.4	0.2	0.5	0.4	0.4

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

Domaines d'activité	2001-2002 Dépenses réelles	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Budget principal des dépenses	2003-2004 Autorisations totales	2003-2004 Dépenses réelles
Contributions à des personnes et organismes pour appuyer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement des compétences et de la recherche	6,0				
Total : Gestion de l'information et du savoir	**49,2**	**31,8**	**18,7**	**20,4**	**20,4**
Gestion et administration ministérielles					
Contributions à des personnes et des organismes pour soutenir des activités d'importance nationale visant à améliorer les services de santé ainsi que la recherche et les projets de démonstration en santé publique		2,2		0,1	0,1
Contributions pour les services intégrés de soins de santé communautaire aux collectivités indiennes et inuites	3,1	2,8	3,3	4,0	4,0
Contributions au nom des Indiens et des Inuits, ou à leur égard, pour le coût de la construction, de l'agrandissement ou de la rénovation d'hôpitaux, d'installations de soins de santé et d'autres établissements ainsi que pour l'acquisition de matériel de soins de santé et de matériel connexe	49,0	31,7	21,5	41,6	41,6
Total : Gestion et administration ministérielles	**52,1**	**36,7**	**24,8**	**45,7**	**45,7**
Total des contributions	**946,9**	**986,8**	**1 170,8**	**1 199,5**	**1 198,0**
AUTRES PAIEMENTS DE TRANSFERT					
Promotion et protection de la santé					
Paiements aux provinces et aux territoires afin d'améliorer l'accès aux services de santé et aux traitements pour les personnes qui ont contracté l'hépatite C par transfusion sanguine	55,8	21,2	44,0	44,0	44,0
Total : Promotion et protection de la santé	**55,8**	**21,2**	**44,0**	**44,0**	**44,0**
Total des autres paiements de transfert	**55,8**	**21,2**	**44,0**	**44,0**	**44,0**
Total des paiements de transfert	**1 122,1**	**1 032,0**	**1 266,2**	**2 320,2**	**2 317,7**

Tableau financier 8 : Besoins de ressources par organisation et par domaine d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2003-2004 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité.

Les explications relatives aux écarts par secteur d'activité se trouvent à la Section III : Rendement du Ministère.

(en millions de dollars)

Organisation	Secteurs d'activités					
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	Total
Politique de la santé et communications						
(Dépenses prévues)	308,6					308,6
(Autorisations totales)	*329,9*					*329,9*
(Dépenses réelles)	**324,4**					**324,4**
Santé de la population et santé publique						
(Dépenses prévues)		432,9				432,9
(Autorisations totales)		*779,5*				*779,5*
(Dépenses réelles)		**773,4**				**773,4**
Produits de santé et aliments						
(Dépenses prévues)		149,2				149,2
(Autorisations totales)		*174,9*				*174,9*
(Dépenses réelles)		**154,4**				**154,4**
Santé environnementale et sécurité des consommateurs						
(Dépenses prévues)		198,9				198,9
(Autorisations totales)		*212,8*				*212,8*
(Dépenses réelles)		**206,5**				**206,5**
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire						
(Dépenses prévues)		35,2				35,2
(Autorisations totales)		*39,8*				*39,8*
(Dépenses réelles)		**39,6**				**39,6**
Santé des Premières nations et des Inuits						
(Dépenses prévues)			1 408,2			1 408,2
(Autorisations totales)			*1 572,9*			*1 572,9*
(Dépenses réelles)			**1 553,9**			**1 553,9**
Information, analyse et connectivité						
(Dépenses prévues)				82,9		82,9
(Autorisations totales)				*770,8*		*770,8*
(Dépenses réelles)				**767,1**		**767,1**
Services de gestion						
(Dépenses prévues)					84,7	84,7
(Autorisations totales)					*119,0*	*119,0*
(Dépenses réelles)					**105,0**	**105,0**
Comité de régie du Ministère						
(Dépenses prévues)					106,6	106,6
(Autorisations totales)					*171,7*	*171,7*
(Dépenses réelles)					**169,4**	**169,4**
Total						
(Dépenses prévues)	308,6	816,2	1 408,2	82,9	191,3	2 807,2
(Autorisations totales)	*329,9*	*1 207,0*	*1 572,9*	*770,8*	*290,7*	*4 171,3*
(Dépenses réelles)	**324,4**	**1 173,9**	**1 553,9**	**767,1**	**274,4**	**4 093,7**
% du total	**7,9%**	**28,7%**	**38,0%**	**18,7%**	**6,7%**	**100,0%**

Nota : Les montants en italiques représentent les autorisations totales pour 2002-2003 (budget principal, budgets supplémentaires et autres autorisations).
Les montants en gras représentent les dépenses réelles en 2002-2003.

Tableau financier 7.2 : Détails des paiements de transfert par programme / Domaine d'activité (en millions $) (suite)

	2001-2002	2002-2003	2003-2004		
Domaines d'activité	Dépenses réelles	Dépenses réelles	Budget principal des dépenses	Autorisations totales	Dépenses réelles
Contributions à des personnes et organismes pour appuyer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement des compétences et de la recherche	6.0				
Total : Gestion de l'information et du savoir	**49,2**	**31,8**	**18,7**	**20,4**	**20,4**
Gestion et administration ministérielles					
Contributions à des personnes et des organismes pour soutenir des activités d'importance nationale visant à améliorer les services de santé ainsi que la recherche et les projets de démonstration en santé publique		2.2		0.1	0.1
Contributions pour les services intégrés de soins de santé communautaire aux collectivités indiennes et inuites	3.1	2.8	3.3	4.0	4.0
Contributions au nom des Indiens et des Inuits, ou à leur égard, pour le coût de la construction, de l'agrandissement ou de la rénovation d'hôpitaux, d'installations de soins de santé et d'autres établissements ainsi que pour l'acquisition de matériel de soins de santé et de matériel connexe	49.0	31.7	21.5	41.6	41.6
Total : Gestion et administration ministérielles	**52,1**	**36,7**	**24,8**	**45,7**	**45,7**
Total des contributions	**946,9**	**986,8**	**1 170,8**	**1 199,5**	**1 198,0**
AUTRES PAIEMENTS DE TRANSFERT					
Promotion et protection de la santé					
Paiements aux provinces et aux territoires afin d'améliorer l'accès aux services de santé et aux traitements pour les personnes qui ont contracté l'hépatite C par transfusion sanguine	55.8	21.2	44.0	44.0	44.0
Total : Promotion et protection de la santé	**55,8**	**21,2**	**44,0**	**44,0**	**44,0**
Total des autres paiements de transfert	**55,8**	**21,2**	**44,0**	**44,0**	**44,0**
Total des paiements de transfert	**1 122,1**	**1 032,0**	**1 266,2**	**2 320,2**	**2 317,7**

Tableau financier 8 : Besoins de ressources par organisation et par domaine d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 2003-2004 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité

Les explications relatives aux écarts par secteur d'activité se trouvent à la Section III : Rendement du Ministère.

(en millions de dollars)

	Secteurs d'activités					
Organisation	**Politique en matière de soins de santé**	**Promotion et protection de la santé**	**Santé des Premières nations et des Inuits**	**Gestion de l'information et du savoir**	**Gestion et administration ministérielles**	**Total**
Politique de la santé et communications						
(Dépenses prévues)	308.6					308.6
(Autorisations totales)	*329.9*					*329.9*
(Dépenses réelles)	**324,4**					**324,4**
Santé de la population et santé publique						
(Dépenses prévues)		432.9				432.9
(Autorisations totales)		*779.5*				*779.5*
(Dépenses réelles)		**773,4**				**773,4**
Produits de santé et aliments						
(Dépenses prévues)		149.2				149.2
(Autorisations totales)		*174.9*				*174.9*
(Dépenses réelles)		**154,4**				**154,4**
Santé environnementale et sécurité des consommateurs						
(Dépenses prévues)		198.9				198.9
(Autorisations totales)		*212.8*				*212.8*
(Dépenses réelles)		**206,5**				**206,5**
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire						
(Dépenses prévues)		35.2				35.2
(Autorisations totales)		*39.8*				*39.8*
(Dépenses réelles)		**39,6**				**39,6**
Santé des Premières nations et des Inuits						
(Dépenses prévues)			1 408.2			1 408.2
(Autorisations totales)			*1 572.9*			*1 572.9*
(Dépenses réelles)			**1 553,9**			**1 553,9**
Information, analyse et connectivité						
(Dépenses prévues)				82.9		82.9
(Autorisations totales)				*770.8*		*770.8*
(Dépenses réelles)				**767,1**		**767,1**
Services de gestion						
(Dépenses prévues)					84.7	84.7
(Autorisations totales)					*119.0*	*119.0*
(Dépenses réelles)					**105,0**	**105,0**
Comité de régie du Ministère						
(Dépenses prévues)					106.6	106.6
(Autorisations totales)					*171.7*	*171.7*
(Dépenses réelles)					**169,4**	**169,4**
Total						
(Dépenses prévues)	308,6	816,2	1 408,2	82,9	191,3	2 807,2
(Autorisations totales)	*329,9*	*1 207,0*	*1 572,9*	*770,8*	*290,7*	*4 171,3*
(Dépenses réelles)	**324,4**	**1 173,9**	**1 553,9**	**767,1**	**274,4**	**4 093,7**
% du total	**7,9%**	**28,7%**	**38,0%**	**18,7%**	**6,7%**	**100,0%**

Nota : Les montants en italiques représentent les autorisations totales pour 2003-2004 (budget principal, budgets supplémentaires et autres autorisations).
Les montants en gras représentent les dépenses réelles en 2003-2004.

Passifs éventuels

Le Ministère est nommé dans un certain nombre de recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement, surtout pour des allégations de négligence concernant la réglementation des instruments médicaux ainsi que du sang et des produits thérapeutiques. Comme les litiges en question en sont aux premiers stades et que les questions en jeu sont complexes, il n'est pas possible à ce moment de donner une estimation fiable des passifs éventuels qui pourraient s'ensuivre.

Section VI :

Autre Information

Personnes-ressources au Ministère

Région de l'Atlantique

Centre Maritime, Bureau 1918
1505, rue Barrington
Halifax (Nouvelle Écosse)
B3J 3Y6
Téléphone: (902) 426-9564
Télécopieur: (902) 426-6659

Région du Manitoba et de la Saskatchewan

391, avenue York, Bureau 300
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1
Téléphone: (204) 983-4764
Télécopieur: (204) 983-5325

Région du Québec

Complexe Guy Favreau
Tour Est, Bureau 202
200, boul. René Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H2Z 1X4
Téléphone: (514) 283-5186
Télécopieur: (514) 283-1364

Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest

Canada Place, Bureau 710
9700, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
Téléphone: (780) 495-5172
Télécopieur: (780) 495-5551

Région de l'Ontario et du Nunavut

25, avenue St. Clair Est, 4e étage
Toronto (Ontario) M4T 1M2
Téléphone: (416) 954-3593
Télécopieur: (416) 954-3599

Région de la Colombie-Britannique et du Yukon

Centre Sinclair, Tour Fédéral
757, rue West Hastings, Bureau 235
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6C 1A1
Téléphone: (604) 666-2083
Télécopieur: (604) 666-2258

Région de la capitale nationale

Téléphone: (613) 957-2991
Télécopieur: (613) 941-5366
Internet: http://www.hc-sc.gc.ca

Pour commander des documents
Santé Canada
0900C2, Édifice Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) CANADA
K1A 0K9
ou
Téléphone: (613) 954-5995
Télécopieur: (613) 941-5366

Références

Sélection de publications de Santé Canada

1. Profile statistique de la santé des premières nations au Canada
2. Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et alcoolisme et de toxicomanie
3. Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues
4. Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues
5. Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés
6. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes
7. Carnet de santé de l'enfant du Canada
8. Danger : Gare à vos poumons
9. Conseils de sécurité pour la saison du barbeque
10. Le développement sain des enfants et des jeunes : le rôle des facteurs déterminants de la santé
11. C'est bon d'en parler B Guide du patient : Comment obtenir le maximum d'une visite chez votre médecin
12. C'est bon d'en parler - Guide du médecin : Cinq minutes pour mieux communiquer
13. Sur la voie de la réussite
14. Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé
15. Profile - Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation au Canada
16. Protégez-vous contre les piqûres de moustiques
17. Vie 100 Fumer
18. La santé des jeunes : tendances au Canada
19. Virus du Nil occidental
20. Pourquoi toutes les femmes qui pourraient devenir enceintes devraient prendre de l'acide folique

Pour commander des documents :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366
Appareil de télécommunications pour personnes sourdes : 1-800-267-1245

Section VII :

Sommaire : Réaction au rapport de 2001 du Comité permanent des comptes publics sur le rapport de 2000 du vérificateur général

Santé des Premières nations : suivi

Introduction

À la suite du rapport de 2000 du vérificateur général, le Comité permanent des comptes publics a présenté, en décembre 2001, des recommandations qui exigent que Santé Canada améliore ses activités de gestion et de responsabilisation et produise des rapports à ce sujet. Santé Canada est d'accord avec le Comité permanent et le Bureau du vérificateur général pour dire que les programmes de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits doivent être gérés correctement et rendre des comptes. Le présent document souligne quelques progrès réalisés par le Ministère depuis la publication des rapports du Comité des comptes publics et du Bureau du vérificateur général.

Santé Canada a franchi plusieurs étapes clés en 2002-2003 : élaboration de nouveaux cadres redditionnels pour les programmes, dont un guide complet qui renferme des lignes directrices sur la production de rapports de vérification et de rapports financiers; diffusion d'une politique d'intervention et d'un manuel pour aider les communautés à gérer des situations exceptionnelles ou problématiques, et formation donnée aux communautés en ce sens; mise en œuvre et surveillance continues d'accords types généraux; élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action pour améliorer le renforcement des capacités dans les communautés des Premières nations; mise en œuvre d'un plan d'évaluation pluriannuel pour favoriser une meilleure coordination des activités d'évaluation.

Recommandations et mesures de suivi

Rapport au Parlement sur les progrès réalisés

La principale recommandation à ce sujet est que Santé Canada informe le Parlement des progrès réalisés concernant la mise en œuvre des recommandations formulées au chapitre 13 du Rapport de 1997 et au chapitre 15 du Rapport de 2000 du vérificateur général du Canada, ainsi que dans le cinquième rapport du Comité (36e législature, 1re session). L'information doit concerner en particulier les progrès de la mise en œuvre de chacune des recommandations et être fournie chaque année dans les rapports sur le rendement de Santé

Canada, à commencer par le rapport pour la période se terminant le 31 mars 2002.

Principales mesures prises

Comme suite à cette recommandation et aux recommandations 5, 9, 11, 16, 19, 23 et 24, Santé Canada présente un rapport via un lien électronique au Rapport sur le rendement du Ministère de 2002-2003 et aux rapports ultérieurs jusqu'en 2005. La nécessité de poursuivre cette forme spéciale de rapport sera réexaminée avec le vérificateur général après la prochaine vérification des programmes de santé des Premières nations et des Inuits.

Responsabilisation des programmes de santé communautaire

Le Ministère insiste davantage sur la prestation de programmes et de services responsables et durables aux Premières nations et aux Inuits. Nous avons pris des mesures pour améliorer la gestion interne et externe et offrir le meilleur service possible aux communautés des Premières nations et aux communautés inuites.

Principales mesures prises

En exécution des recommandations de responsabilisation, Santé Canada a institué plusieurs mesures pour répondre au besoin d'exercer une surveillance des documents de responsabilisation qui soit axée sur les risques.

- Le Ministère a rédigé, pour les programmes, un guide provisoire complet qui renferme des lignes directrices sur la production de rapports de vérification et de rapports financiers.
- Le Ministère a entrepris d'examiner les exigences redditionnelles reliées aux accords de financement afin de rationaliser et de simplifier les rapports exigés des communautés des Premières nations et des communautés inuites. De concert avec les Premières nations, Santé Canada a amorcé un processus de simplification des rapports axé sur l'information au sujet des résultats. La phase I de cet exercice comportait l'analyse de chaque élément d'information des calendriers de programme par les groupes régionaux, les communautés des Premières nations et les communautés inuites et les directeurs de programme. La phase I, maintenant terminée, a entraîné une diminution globale de près de 20 % de l'activité de rapport. La phase II se déroulera en 2004-2005, suivant un nouveau processus. Les calendriers de rapport seront groupés pour réduire les recoupements et rationaliser encore davantage. Les nouveaux calendriers seront mis en œuvre en 2005-2006, avec de nouveaux accords de contribution négociés. Des guides et des lignes directrices d'appoint seront élaborés une fois l'exercice terminé.
- Le Ministère a élaboré une politique d'intervention à l'égard des problèmes qui pourraient se poser dans le cadre des accords de financement en matière de santé. Il a conçu et distribué un guide pour faciliter la mise en œuvre de la politique. Le volet communications de la politique d'intervention est terminé et une formation a été intégrée au cours permanent sur les contributions intitulé « Knowledge in a Book ».
- La politique d'intervention a été examinée et mise à jour en mars 2004 et sera revue continuellement.

Soutien du renforcement des capacités

Tout comme le Comité des comptes publics, Santé Canada croit que le renforcement des capacités est prioritaire. Nous reconnaissons qu'une approche participative est plus propice au

renforcement des capacités communautaires. La politique de transfert (1988) et l'Approche des services intégrés de santé communautaire (1999) permettent à Santé Canada de prendre des dispositions avec les Premières nations et les Inuits pour leur accorder différents niveaux de prise en charge, allant des accords de contribution intégrés et généraux aux accords de contribution pour le transfert.

Principales mesures prises

Le Ministère a créé des sites de projets pilotes sur les plans de santé qui renforceront la capacité de gérer les services et les programmes de santé et de définir les besoins et les ressources en matière de santé communautaire, et qui permettront d'améliorer la coordination de la gestion et l'intégration des programmes et des services de santé, les processus de répartition des ressources humaines et financières, ainsi que l'information et les rapports concernant la gestion des programmes et des services.

Huit projets pilotes sont en cours. La plupart ont terminé la phase d'élaboration et défini leurs besoins et leurs priorités en matière de santé. Ils en sont maintenant à l'étape de l'examen final qui précède la mise en œuvre de leurs nouveaux plans de santé communautaire. Une communauté a choisi de se retirer du projet faute de capacités et de soutien de la part de la collectivité.

En outre, le Ministère a élaboré une stratégie et un plan d'action qui décrivent les activités en cours pour renforcer les capacités des communautés des Premières nations et des communautés inuites. Les capacités et les lacunes actuelles de gestion et d'administration des accords de financement entre Santé Canada et les communautés des Premières nations et les communautés inuites ont été relevées dans le cadre du plan d'action. L'évaluation comprend également une analyse des capacités de production de rapports et de collecte, d'interprétation et d'analyse de données en matière de gestion des accords.

Mesure du rendement, atteinte des résultats et gestion de l'information

Santé Canada est déterminé à bien gérer ses programmes en prenant des décisions importantes à la lumière de données pertinentes. La collecte de bons renseignements sur le rendement est donc prioritaire pour le Ministère.

Principales mesures prises

Santé Canada a travaillé avec Statistique Canada et l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) pour la réalisation de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations. Le Ministère a contribué à l'élaboration de l'entente de partage des données sur la santé des habitants des réserves. À la fin de 2003-2004, la collecte de données était terminée; plus de 80 % des 28 405 répondants visés y ont participé. Le personnel national et régional de l'ONSA épure et vérifie l'information et organise la base de données. L'ONSA a conçu des modèles nationaux et régionaux provisoires d'analyse des résultats de l'Enquête régionale sur la santé et de présentation de rapports à ce sujet. L'Organisation nationale de la santé autochtone et Santé Canada ont signé une entente de partage de l'information pour l'utilisation des résultats de l'Enquête.

Pour favoriser une prise de décisions fondée sur des données probantes, Santé Canada a évalué le Programme canadien de nutrition prénatale, le volet du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones pour les Premières nations vivant dans les réserves et le Programme sur le VIH/sida. Bien que les rapports n'aient pas reçu d'approbation finale, les programmes ont amorcé la mise en œuvre des plans d'action issus de ces évaluations. Une évaluation provisoire de la Stratégie

globale de guérison des Innus du Labrador, réalisée en 2003 sous la direction d'Affaires indiennes et du Nord Canada, a montré que de nouveaux programmes de santé ont été mis en œuvre rapidement pour répondre à la crise sociale dans les communautés de Natuashish et Sheshatshiu au Labrador, et qu'il fallait faire davantage pour instituer pleinement le volet de Santé Canada et resserrer la collaboration avec les Innus au Labrador. Santé Canada a dressé un plan d'action pour donner suite à ces recommandations.

Mesures de prévention et de contrôle du programme des Services de santé non assurés

Le Comité des comptes publics a recommandé que Santé Canada gère mieux les services offerts aux Premières nations et aux Inuits. Des mesures ont été prises en ce sens.

Principales mesures prises

Santé Canada a continué d'analyser régulièrement les dérogations des pharmaciens aux avertissements, de faire des vérifications auprès des fournisseurs et de produire des rapports trimestriels sur le nombre de demandes d'examen de l'utilisation des médicaments (EUM) présentées, acceptées ou refusées. Au total, 140 vérifications administratives sur place ont été faites relativement aux prestations pour des services de pharmacie, des soins dentaires, des fournitures médicales et de l'équipement médical. En 2003, plus de 9,4 millions de demandes reliées à des services de pharmacie ont été traitées. Environ 299 000 (3,2 %) d'entre elles ont été refusées; il y a eu dérogation dans à peu près 83 000 (0,8 %) de ces cas, et le montant a été versé. Le plus souvent (dans 35,6 % des cas), le pharmacien disait qu'il avait dérogé au message de refus parce qu'il avait consulté le médecin. Bien que le nombre de demandes traitées dans le cadre du programme des Services de santé non assurés ait augmenté de 18,1 % depuis l'an 2000, le nombre de dérogations aux refus de demandes a diminué de 10,4 %.

Le Ministère continue d'examiner un rapport trimestriel, par région et pour l'ensemble du pays, sur le nombre de demandes d'examen de l'utilisation des médicaments (EUM) qui sont présentées, acceptées ou refusées. Outre le nombre de demandes refusées, le rapport précise le type de refus et le nombre de demandes visées par une dérogation et payées, y compris le motif de la dérogation. Le Ministère continue également de produire et d'analyser un deuxième rapport, où l'on trouve de l'information sur les principaux fournisseurs dans chaque région selon le nombre de demandes visées par une dérogation et payées, y compris le motif de la dérogation. Le programme des Services de santé non assurés analyse ces deux rapports et d'autres documents pour déterminer quels fournisseurs devraient faire l'objet d'une vérification. L'administrateur des demandes de remboursement est ensuite chargé de communiquer avec les fournisseurs qui dérogent couramment aux demandes d'EUM refusées, d'examiner les dérogations et de déterminer les activités de suivi appropriées. Durant sa visite, le vérificateur enquête notamment sur la façon dont le pharmacien utilise et documente les codes de dérogation. Un recouvrement est indiqué pour toutes les demandes refusées auxquelles le pharmacien a dérogé sans en documenter suffisamment le motif.

Le Comité des comptes publics et le vérificateur général ont recommandé que Santé Canada obtienne l'autorisation de communiquer à un professionnel de la santé des renseignements sur les médicaments utilisés par un client. En raison de l'évolution du contexte de la protection des renseignements personnels et des connaissances acquises depuis trois ans, le programme des Services de santé non assurés a pu adopter une nouvelle

approche de l'initiative de consentement en février 2004, qui a eu pour effet d'annuler la date limite du 1er mars 2004 pour la présentation d'un formulaire de consentement par les clients des Premières nations et les clients inuits. Le programme des Services de santé non assurés n'exigera pas de formulaire de consentement signé pour l'administration de programme et les activités de traitement courantes. Les clients des Services de santé non assurés continueront donc de recevoir les prestations auxquelles ils ont droit même s'ils n'ont pas signé de formulaire de consentement. Dans de rares cas où la sécurité du client ou la bonne utilisation du système pourraient être menacées, le programme des Services de santé non assurés demandera l'autorisation expresse du client de communiquer des renseignements à son sujet aux fournisseurs de soins de santé. Le consentement sera donné de vive voix ou par écrit. Parfois, les Services de santé non assurés pourront refuser de payer des médicaments d'ordonnance tant que des mesures de protection du patient n'auront pas été prises.

Le programme des Services de santé non assurés a créé un Comité consultatif sur l'examen de l'utilisation des médicaments composé de professionnels de la santé spécialisés en évaluation des médicaments et en santé des Autochtones. Les organismes des Premières nations et les organismes inuits ont été priés de proposer des membres au Comité, lequel fera des recommandations au programme des Services de santé non assurés concernant l'examen prospectif et rétrospectif de l'utilisation des médicaments et un programme d'éducation conforme aux lignes directrices nationales et internationales sur l'examen de l'utilisation des médicaments. Le programme d'examen de l'utilisation des médicaments des Services de santé non assurés vise à assurer une utilisation sûre et efficace de la pharmacothérapie pour améliorer l'état de santé ou les résultats en matière de santé parmi les clients des Premières nations et les clients inuits. Un premier examen de l'utilisation des médicaments a été amorcé au niveau de la population, et des activités d'éducation seront conçues pour promouvoir une utilisation optimale des médicaments. Les activités d'examen de l'utilisation des médicaments au niveau individuel sont censées commencer à l'automne 2004.

Le Ministère est déterminé à prendre plus de mesures pour améliorer la gestion des programmes et des services aux Premières nations et aux Inuits. Santé Canada continuera de rendre compte, dans son rapport annuel sur le rendement, des mesures prises en exécution des recommandations du Comité des comptes publics et du vérificateur général. L'annexe B électronique du RRM (http://hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/index.htm) donne plus de détails sur les mesures de suivi des recommandations du Comité des comptes publics.

Postes à pourvoir au sein des programmes de réglementation et de surveillance

Introduction

Le Comité des comptes publics a présenté, à la suite du rapport de 2000 du vérificateur général, des recommandations selon lesquelles Santé Canada doit pourvoir les postes vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques apparentés, et présenter des rapports sur les progrès de ces initiatives. La recommandation 26.41 stipule que « Santé Canada devrait prendre des mesures pour s'assurer que les postes autorisés sont dotés ». Cette recommandation a trait aux fonds reçus pour renforcer le volet réglementation du

Programme de la sûreté du sang de Santé Canada et se rattache aux recommandations ci-après du Comité des comptes publics dans son dix-septième rapport.

Recommandation 11

Santé Canada doit prendre toutes les mesures nécessaires pour pourvoir les postes vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques apparentés, et rendre compte du progrès de ces initiatives dans son rapport annuel au Parlement sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2004.

Recommandation 12

Santé Canada doit inclure dans son rapport annuel sur le rendement une section qui indique le nombre de postes techniques et scientifiques vacants au sein de ses programmes de réglementation et de surveillance, et qui précise depuis combien de temps chaque poste est vacant.

Mesures et situation actuelle

La Direction générale des produits de santé et des aliments a continué de faire des efforts et des progrès pour renforcer la réglementation et la surveillance des produits biologiques en 2003-2004.

Les directions responsables à la Direction générale des produits de santé et des aliments, soit la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, l'Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments, la Direction des produits de santé commercialisés et le Bureau des matériels médicaux de la Direction des produits thérapeutiques ont continué d'investir du temps et de l'énergie dans la dotation des postes vacants au sein de leurs programmes respectifs de réglementation et de surveillance des produits biologiques apparentés.

La Direction générale des produits de santé et des aliments a pris plusieurs mesures efficaces pour pourvoir les postes vacants.

- Deux évaluateurs biomédicaux et quatre médecins ont été recrutés grâce à l'initiative conjointe en ressources humaines, qui comportait des concours internes et externes pour doter ces postes spécialisés à la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, à la Direction des produits de santé commercialisés et à la Direction des produits thérapeutiques. C'était la dernière année pour faire de telles nominations au moyen de ces concours. L'objectif était d'accélérer la dotation de nombreux postes vacants dans les trois organisations pour pouvoir bien exécuter les programmes. Au cours des deux dernières années, ces gros concours ont permis de qualifier environ 30 évaluateurs biomédicaux et 40 médecins.
- D'autres concours internes et externes ont été lancés pour pourvoir les postes vacants. Ces concours ont permis de nommer plus de 12 candidats qualifiés.
- Du recrutement a été fait à l'extérieur de la fonction publique, sans tenir de concours, lorsque cela était plus avantageux pour la fonction publique. Quant aux postes dans des domaines de pénurie, environ 11 candidats qualifiés ont été recrutés dans des salons de l'emploi ou par le biais du répertoire des sciences et de la technologie de Santé Canada ou d'autres sources. Environ 10 étudiants qui avaient travaillé au Ministère dans le cadre d'un programme d'emploi d'étudiants ont été recrutés à la fin de leurs études dans des postes de débutant, grâce à des mécanismes de transition pour les étudiants.
- De plus, pour parer aux vacances, près de 30 employés expérimentés d'autres organisations à Santé Canada ou d'autres ministères fédéraux ont été affectés à la Direction des produits biologiques et des

thérapies génétiques, à l'Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments, à la Direction des produits de santé commercialisés et au Bureau des matériels médicaux de la Direction des produits thérapeutiques.

- Plusieurs nominations intérimaires ont également été faites, et des concours pour doter des postes en permanence sont en cours et/ou presque terminés.
- Signalons que la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, la Direction des produits de santé commercialisés et la Direction des produits thérapeutiques sont en train d'établir un programme de formation et de perfectionnement professionnels pour leurs évaluateurs biomédicaux. Ce programme comportera le recrutement et la nomination d'évaluateurs subalternes BI-03 qualifiés qui, après une formation en règle et s'ils sont jugés compétents, passeront à un poste d'évaluateur de niveau BI-04. Le programme devrait permettre de pourvoir les vacances au sein des programmes de réglementation et de surveillance des produits biologiques apparentés, de la Direction générale des produits de santé et des aliments.

En 2003-2004, la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques a ajouté plus de 15 employés à son effectif global. Elle a lancé plusieurs concours pour doter ses postes vacants, dont un concours interne pour des postes d'évaluateur BI-04 à la suite duquel sept nominations seront faites sous peu. Des personnes de l'extérieur de la fonction publique ont également été nommées afin de combler certaines lacunes d'expertise. En réponse à la réduction naturelle des effectifs et au mouvement interne, la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques a recouru, en partie, aux mécanismes de transition pour les étudiants pour pourvoir les postes de débutant vacants; c'est elle qui a le plus utilisé ce mécanisme de recrutement efficace.

La priorité de dotation à la Direction des produits de santé commercialisés a continué d'être accordée surtout au recrutement et à la nomination de médecins et d'autres spécialistes dans les domaines où il y a pénurie. Un important concours se tient en ce moment pour pourvoir plusieurs postes de gestionnaire BI-05 à la Section scientifique. Ce concours permettra à la Division des produits biologiques et biotechnologiques commercialisés de doter deux de ses postes de gestionnaire. Deux autres postes sont dotés au moyen d'activités de recrutement moins officielles.

L'Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments a 14 postes d'affectés aux produits biologiques à son Centre national de coordination et dans les centres opérationnels régionaux. Tous les postes sauf un ont été dotés en permanence. Le concours pour pourvoir le poste vacant qui reste tire à sa fin.

La Direction des produits thérapeutiques, plus précisément le Bureau des matériels médicaux, n'a fait aucune dotation en 2003-2004 et n'avait aucune vacance dans son programme de réglementation des produits biologiques apparentés.

Index

A

Abus de drogues 44, 53, 54, 72, 73, 76, 78, 88, 89, 91, 102, 110, 111

Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé - février 2003 9, 28, 29, 31

Accord des premiers ministres sur renouvellement des soins de santé - février 2003 13, 126, 154, 164, 165, 167

Activité physique/inactivité physique 43, 46, 70, 138, 177

Aînés 20, 42, 44, 68, 105

Alcool/alcoolisme 18, 73, 76, 78, 88, 89, 91, 102, 106, 110, 111, 169, 177

Aliments/produits alimentaires 14, 15, 18, 22, 23, 50, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 65, 67, 68, 71, 74, 76, 80, 83, 95, 96, 129, 131, 147, 162, 163, 173, 184, 185

Assurance-médicaments 131, 169

Autochtones/Premières nations et des Inuits/indiens 9, 14, 15, 18, 20, 22, 25, 42, 47, 49, 69, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 114, 115, 117, 118, 119, 121, 123, 126, 128, 134, 152, 158, 160, 162, 163, 165, 166, 170, 172, 173, 177, 179, 180, 181, 183

- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 107, 123, 171, 181
- Programme des services de santé non assurés 14, 101, 103, 105, 113, 114, 121, 122, 153, 158, 170, 182

B

Biotechnologie 57, 64, 67, 68, 73, 75, 79, 80, 87, 146, 185

C

Changements climatiques 74, 79, 82, 83

Collectivités rurales/éloignées/isolées 18, 34, 83, 105, 112, 127, 128, 164

Conseil canadien de la santé 9, 13, 30, 31, 165

Cosmétiques 42, 73, 75, 77, 79, 87

D

Dossier électronique de santé 118, 126, 127, 128, 154, 164, 168

E

Eau 74, 76, 79, 81, 83, 85, 101, 111, 113, 147, 152, 158

Encéphalopathie spongiforme bovine 9, 14, 38, 41, 42, 43, 49, 64, 134, 157, 158, 161

Enfants/jeunes enfants/jeunes 20, 42, 44, 46, 47, 82, 87, 100, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 112, 117, 129, 131, 170, 177

Éthique 17, 29, 36, 135, 138, 147

F

Femmes 33, 46, 68, 105, 106, 108, 118, 129, 131, 169, 177

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 134, 153, 159, 161, 164, 165, 168

H

Hôpital/hôpitaux 32, 55, 101, 112, 115, 168, 171, 172

I

Immunisation/vaccins 14, 38, 50, 52, 55, 57, 60, 61, 64, 105, 158

Infirmières/soins infirmiers 14, 35, 52, 103, 105, 138, 154

Inforoute Santé Canada Inc. 124, 126, 127, 154, 159, 161, 164, 165, 168

Instituts de recherche en santé du Canada 23, 52, 147, 150

Institut canadien d'information sur la santé 124, 125, 126, 131, 154, 159, 161, 164, 165, 168, 171

L

Lois

Loi canadienne sur la protection de l'environnement 15, 64, 72, 76, 77, 79, 83, 84, 85, 87, 115

Loi canadienne sur la santé 17, 18, 20, 29, 32, 33

Loi règlementant certaines drogues et autres substances 76, 89

Loi règlementant certains drogues et autres substances 17

Loi sur la procréation assistée et la recherche connexe 34, 36

Loi sur les aliments et drogues 17, 64, 87

Loi sur les brevets 23

Loi sur les langues officielles 144

Loi sur les produits antiparasitaires 15, 17, 93, 94, 95, 96, 99

Loi sur les produits dangereux 76, 87

Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses 23

Loi sur le ministère de la Santé 17

Loi sur le tabac 76, 77, 88

Loi sur le vérificateur général 151

M

Maladies 9, 13, 18, 24, 38, 39, 41, 44, 46, 47, 49, 52, 53, 68, 83, 101, 102, 103, 105, 109, 162

Cancer 9, 42, 43, 48, 167

Cardiovasculaires 9, 43, 104

Chroniques 40, 41, 43, 70, 103, 104, 112

Diabète 9, 20, 42, 43, 47, 104, 110, 118, 120

Grippe 44, 50, 80, 136, 143

Hépatite C 42, 44, 52, 172

Influenza 50

Respiratoire 43

Transmissibles/infectieuses 14, 40, 41, 42, 44, 49, 51, 53, 103, 104, 105, 128

Tuberculose 104, 109

Variole 38, 55, 56

VIH/sida 20, 42, 44, 50, 52, 54, 104, 110, 118, 123, 167, 170, 181

Marijuana 76, 89, 168

Médecin 138, 154, 177, 182

Médicaments/produits pharmaceutiques 15, 20, 23, 30, 42, 57, 59, 63, 64, 68, 103, 105, 122, 163, 164, 182, 183

Médicaments vétérinaires/médecine vétérinaire/produits vétérinaires 14, 42, 57, 59, 64, 65, 67, 163

N

Nucléaire 14, 45, 55, 78, 80, 81

Nutrition 43, 57, 58, 59, 61, 68, 69, 70, 107, 138

Programme canadien de nutrition prénatale 46, 107, 181

P

Pelouses 100

Pharmaciens/pharmacie/pharmaceutique 35

Pharmaciens/pharmacies/pharmaceutique 18, 66, 122, 131, 153, 154, 182

Plomb 77, 79, 87

Poids/masse corporelle 68, 70, 177

Portail canadien de la santé 125, 126, 127, 128

Produits antiparasitaires/pesticides/lutte antiparasitaire 14, 15, 18, 20, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 152, 162, 163

Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 22, 94, 138, 153, 173

Produits biologiques 18, 20, 42, 45, 55, 59, 62, 183, 185

Produits de santé naturels 18, 20, 42, 57, 59, 61, 62, 64, 167, 170

Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé 124, 127, 128, 171

Q

Qualité de l'air/pollution 72, 74, 76, 79, 82, 83

R

Rayonnement/contamination radioactive/urgences radiologiques 45, 55, 73, 74, 75, 76, 79, 81, 163

Règlements 76

- Règlement sur les aliments et drogues 65
- Règlement sur les bijoux 87
- Règlement sur les bougies 87
- Règlement sur les ingrédients des produits cosmétiques 87
- Règlement sur les précurseurs 89
- Règlement sur les produits de santé naturels 15, 61

Réseau canadien de la santé 42, 44, 152, 153

Résistance aux antimicrobiens 44, 61, 64, 65, 67, 130, 148

S

Sang 52, 64, 167, 169, 174, 184

Santé mentale/bien-être mental 103, 105, 106, 108, 109, 131, 171, 177

Santé publique 9, 10, 14, 15, 17, 22, 34, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 51, 53, 55, 58, 60, 68, 89, 105, 169, 172, 173, 185

- Administrateur en chef de la santé publique 14, 41, 43
- Agence de santé publique du Canada 14, 41, 43

Sécurité/sécurité publique 36, 45, 49, 53, 56, 76, 88, 119, 143

Sécurité du patient 31, 122, 155, 165, 183

- Institut canadien sur la sécurité des patients 9, 13, 30, 31, 167

Soins à domicile/communautaires 28, 30, 35, 103, 111, 118, 164, 169

Soins dentaires/services dentaires/soins de santé bucco dentaires 18, 35, 79, 103, 105, 112, 113, 122, 182

Soins de la vue/service 18, 103, 105, 114

Soins primaires 14, 18, 28, 32, 103, 105, 116, 119, 164, 169

- Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 32, 116, 165, 169

Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques 14, 57, 60, 61, 63, 68, 71, 158, 174

Substances chimiques/produits chimiques 20, 45, 55, 73, 75, 76, 79, 80, 87, 89

Substances toxiques/toxines 18, 51, 78, 79, 84, 85, 91

Suicide 104, 106, 108

Syndrome respiratoire aigu sévère 9, 38, 40, 41, 42, 43, 49, 51, 61, 64, 136, 138, 143, 157, 158, 161, 165, 168

Syndrome respiratoire aïgu sévère 14, 134

T

Tabac/tabagisme 14, 18, 20, 24, 73, 75, 76, 78, 88, 90, 91, 109, 138, 170

Télésanté 32, 119, 126, 127, 128, 154, 164, 168

Théraphies génétiques 19, 184, 185

Thérapies génétiques 36, 59

Toxicomanie 18, 89, 103, 106, 112, 118, 169, 177

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux 18, 29

Transfusion 45, 54

Transfusions 169, 172

Transplantation 61, 64, 66

Travailleurs/milieu de travail/employés 17, 18, 23, 44, 46, 72, 73, 76, 77, 79, 80, 87, 88, 106, 110, 134, 135, 136, 138, 141, 143, 151, 159, 160, 184

U

Urgences/interventions d'urgence/services d'urgence 15, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 50, 51, 55, 56, 136, 142, 143, 152, 168

Urgences/intervention d'urgence/services d'urgences 65, 66, 78, 80, 88

V

Vie privé 63, 182

Virus du Nil occidental 9, 14, 38, 41, 42, 43, 49, 64, 134, 157, 158, 161, 177